



**Ana Luísa de Matos  
Dias Quinta Gomes**

**VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA PARA A  
DISFUNÇÃO ERÉCTIL**





Universidade de Aveiro Departamento de Educação  
Ano 2012

**Ana Luísa de Matos  
Dias Quinta Gomes**

## **VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA PARA A DISFUNÇÃO ERÉCTIL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Estudo apoiado pela FCT (Bolsa de Investigação SFRH/BD/40426/2007)

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



Por decisão pessoal da autora, este trabalho não segue o  
Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.



## **o júri**

presidente

**Professor Doutor Helmuth Robert Malonek**

Professor Catedrático do Departamento de Matemática da Universidade de Aveiro

**Professor Doutor José Augusto Veiga Pinto Gouveia**

Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva**

Professor Catedrático do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Professor Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre**

Professor Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

**Professora Doutora Maria Gabriela Martins de Nóbrega Moita**

Professora Auxiliar do Instituto Superior de Serviço Social do Porto

**Professora Doutora Ana Alexandra Carvalheira dos Santos**

Investigadora do Centro de Investigação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada





*Ao meu bem mais precioso, a minha Família.*



## **agradecimentos**

Muitas foram as pessoas e as instituições que contribuíram, de forma directa ou indirecta, para a realização deste trabalho e às quais gostaria de agradecer:

Ao Professor Doutor Pedro Nobre, pelo desafio e incentivo constantes, por ser meu orientador neste trabalho e o responsável directo pelo meu crescimento enquanto investigadora. Agradeço as preciosas sugestões na revisão do conteúdo científico desta dissertação e todo o tempo que me disponibilizou, mesmo quando ele mais escasseava.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia, que financiou integralmente os quatro anos de investigação dedicada a este projecto.

À Universidade de Aveiro, por gentilmente me ter acolhido numa altura particularmente sensível deste Doutoramento.

Ao SexLab, por ser um projecto aliciante e inovador, onde ampliei e desenvolvi os meus conhecimentos enquanto investigadora, nestes últimos quatro anos.

Aos docentes da Universidade de Aveiro, Universidade de Coimbra, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e do Instituto Superior de Engenharia de Coimbra, pelo tempo lectivo que me disponibilizaram para a recolha dos dados, e aos seus alunos que voluntariamente participaram nos estudos.

Ao Dr. Francisco Rolo e restante equipa do Serviço de Urologia/Andrologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, nomeadamente ao Dr. Ricardo Patrão e Dr. Sílvio Bollini, pelo interesse genuíno e disponibilidade manifestada desde o primeiro momento, e também pela oportunidade valiosa na discussão clínica de casos.

Ao Dr. Joaquim Cabeças e equipa de Sexologia Médica do Centro Hospitalar de Coimbra, pelo incentivo e colaboração na recolha de dados.

À Dra. Lígia Fonseca e Dra. Graça Santos, pela preciosa colaboração na recolha dos dados clínicos, na Consulta de Sexologia Clínica dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Um agradecimento especial a todos aqueles homens que entraram no gabinete de rosto no chão, mas que partilharam comigo as suas vivências mais íntimas com uma abertura surpreendente e reveladora. Por me permitirem conhecer o lado de lá e por me ensinarem que a discussão das questões mais sensíveis depende apenas da oportunidade que se é dada. Guardo na minha memória os relatos pessoais e sofridos, mas também as expressões curiosas e a cumplicidade no humor. Foram eles que mais me motivaram.



## **agradecimentos**

E a um nível mais pessoal...

À minha colega e amiga Joana, por todo o apoio e encorajamento.

À Dra. Fernanda Duarte, quem tanto estimo e nutro a maior das amizades e nem sempre tenho a possibilidade de lho dizer.

À Xana, ao Paulo e à Inês, pelo conforto e presença afectuosa ao longo dos últimos meses.

Aos meus sogros, por todo o apoio, pela ternura e também pelas “sopinhas” que carinhosamente me prepararam nos dias mais longos. Ao meu cunhado, que mesmo à distância não se faz esquecer.

Aos meus queridos Pais e Mano, pelo amor e carinho incondicionais, pela base sólida e segura, pelo encorajamento constante e pelos valores com que me educaram.

Ao Nuno, o meu marido, por tudo aquilo que não consigo pôr em palavras. Por me mostrares diariamente a essência do verdadeiro Amor e por seres a pessoa que és. Pelas revisões dos longos capítulos deste trabalho e pela motivação, sempre conseguida, nos dias mais difíceis e em que mais senti a falta do teu abraço.



## **palavras-chave**

Disfunção erétil, resposta sexual masculina, vulnerabilidade psicológica, personalidade, afecto-traço, auto-consciência sexual, inibição/excitação sexual.

## **resumo**

A disfunção erétil é actualmente considerada um problema de saúde pública que afecta muitos milhares de homens em todo o mundo. Para além dos factores de natureza médica, reconhecidamente implicados neste tipo de problemática sexual, a literatura empírica tem destacado um conjunto de variáveis de cariz psicológico envolvidas nas dificuldades. Não obstante, o estudo acerca da influência de variáveis disposicionais no funcionamento erétil não tem merecido muita atenção da literatura científica nos últimos anos. Neste sentido, o conjunto de estudos apresentados no âmbito da presente dissertação procurou investigar de que forma variáveis disposicionais como as dimensões da personalidade, afecto-traço, auto-consciência sexual e mecanismos de excitação e inibição sexual, intervêm na resposta de excitação sexual masculina e são susceptíveis de se constituírem como factores de risco psicológico para o desenvolvimento e/ou manutenção da disfunção erétil. Este trabalho envolveu a participação de um total de 1,274 indivíduos da população Portuguesa e os resultados obtidos indicaram a relevância das referidas variáveis no funcionamento erétil de homens sexualmente funcionais da comunidade e também em homens diagnosticados com disfunção erétil. Adicionalmente, os dados mostraram que as dimensões disposicionais avaliadas se encontram envolvidas na disfunção erétil associada a diferentes factores etiológicos (factores psicológicos e/ou médicos), sublinhando a sua relevância para a generalidade das situações clínicas relacionadas com a perda da função erétil e de forma independente dos factores precipitantes envolvidos. Ao demonstrar empiricamente que aspectos individuais de natureza psicológica são susceptíveis de interagir com factores de ordem médica no desenvolvimento e na manutenção da disfunção erétil, o conjunto dos dados apresentados oferece uma perspectiva integrada para a conceptualização deste quadro clínico e encoraja a utilização de uma abordagem terapêutica multidisciplinar no tratamento das dificuldades ércteis.





**keywords**

Erectile dysfunction, male sexual response, psychological vulnerability, personality, trait-affect, sexual self-consciousness, sexual inhibition/excitation.

**abstract**

Male erectile dysfunction is a public health concern affecting a significant number of men worldwide. The role of medical factors in erectile problems is well established in the literature and empirical data has also highlighted that certain concurrent psychological variables are involved. Nevertheless, empirical studies regarding the role of dispositional variables in erectile functioning has been relatively absent from the scientific literature over the past years. The present dissertation presents a number of studies regarding the role of dispositional variables such as personality dimensions, trait-affect, sexual self-consciousness, and sexual excitation and sexual inhibition propensities, in male sexual arousal, as potential psychological risk factors for the development and/or maintenance of erectile dysfunction. A total of 1,274 Portuguese men participated in this study and findings indicated the importance of dispositional dimensions in erectile functioning of both sexually healthy men and men diagnosed with erectile dysfunction. Additionally, results suggest that dispositional dimensions play an important role in erectile difficulties associated to psychological and/or medical factors, highlighting their relevance in overall clinical situations of erectile impairment and beyond its etiology. While empirically demonstrating that individual psychological dimensions may interact with medical factors in the development and maintenance of erectile dysfunction, findings contribute to a holistic conceptualization of erectile difficulties and encourage a multidisciplinary approach as a therapeutic strategy.



# Índice

<b>Introdução</b>	3
 <b>Capítulo 1</b>	
Enquadramento Teórico	
1. Introdução	9
1.1. Sistemas de Classificação e Nosologia da Disfunção Erétil	10
1.2. Epidemiologia da Disfunção Erétil	13
1.3. Etiologia e Comorbilidade associada à Disfunção Erétil	17
1.4. Modelos de Conceptualização Psicológica das Disfunções Sexuais	21
1.4.1. Os Modelos Clássicos de Masters e Johnson e de Helen Kaplan	21
1.4.2. O Modelo Cognitivo-Afectivo de Barlow	22
1.4.3. O Modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e Pinto-Gouveia	29
1.4.4. O Modelo do Controlo Dual de Bancroft e Janssen	33
1.5. Factores de Vulnerabilidade Psicológica para a Disfunção Erétil	37
1.5.1. Dimensões de Personalidade	37
1.5.2. Afecto-Traço	42
1.5.3. Mecanismos de Inibição e Excitação Sexual	46
1.5.4. Auto-Consciência Sexual	49
1.6. Conclusão	54
 <b>Capítulo 2</b>	
Metodologia	
2. Introdução	59
2.1. Participantes	60
2.1.1. Estudo I	60
2.1.2. Estudo II	61
2.1.2.1. Prevalência de dificuldades sexuais na amostra universitária	63
2.1.2.2. Satisfação dos estudantes universitários com vida sexual em geral	64
2.1.3. Estudo III	65
2.1.4. Estudo IV	68
	70

2.2. Procedimentos	
2.2.1. Estudo I	70
2.2.2. Estudo II	71
2.2.3. Estudo III	72
2.2.4. Estudo IV	74
2.3. Instrumentos	75
2.3.1. Formulário Sócio-Demográfico e de História Médica e Sexual (FSD-HMS)	75
2.3.2. Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)	76
2.3.3. Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS)	76
2.3.4. Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)	77
2.3.5. Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)	77
2.3.6. Inventário de Personalidade dos Cinco Factores (NEO-FFI)	78
2.3.7. Breve Inventário de Sintomas (BSI)	78
2.3.8. Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (SDI)	79
2.4. Procedimentos estatísticos	80
2.4.1. Estudo I	80
2.4.2. Estudo II	81
2.4.3. Estudo III	81
2.4.4. Estudo IV	82

### **Capítulo 3**

Estudo I: Estudos de validação da versão Portuguesa da Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS) e das Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)

3.1. Introdução	85
3.2. Metodologia	86
3.2.1. Participantes	86
3.2.2. Procedimentos	86
3.2.3. Instrumentos	86
3.3. Resultados	87
3.3.1. Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)	87
3.3.1.1. Análise Factorial Exploratória	87
3.3.1.2. Análise Factorial Confirmatória	88
3.3.1.3. Estabilidade temporal da SSCS	89

3.3.1.4. Consistência interna da SSCS	90
3.3.2. Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)	90
3.3.2.1. Análise Factorial Exploratória	90
3.3.2.2. Análise Factorial Confirmatória	96
3.3.2.3. Estabilidade temporal do SIS/SES	97
3.3.2.4. Consistência interna do SIS/SES	97
3.4. Discussão	97

## **Capítulo 4**

Estudo II: Preditores do funcionamento erétil numa amostra universitária: Estudo exploratório acerca do papel de variáveis disposicionais

4.1. Introdução	103
4.2. Metodologia	106
4.2.1. Participantes	106
4.2.2. Procedimentos	106
4.2.3. Instrumentos	106
4.3. Resultados	107
4.3.1. Dimensões da Personalidade e Funcionamento Erétil	107
4.3.2. Afecto-Traço e Funcionamento Erétil	107
4.3.3. Excitação Sexual/Inibição Sexual e Funcionamento Erétil	108
4.3.4. Auto-Consciência Sexual e Funcionamento Erétil	109
4.3.5. Principais Preditores do Funcionamento Erétil	109
4.4. Discussão	110

## **Capítulo 5**

Estudo III: Factores de vulnerabilidade psicológica para a disfunção erétil: A relevância de variáveis disposicionais em homens com e sem disfunção erétil

5.1. Introdução	117
5.2. Metodologia	121
5.2.1. Participantes	121
5.2.2. Procedimentos	122
5.2.3. Instrumentos	122
5.3. Resultados	123

5.3.1. Dimensões da Personalidade e Funcionamento Erétil	123
5.3.2. Afecto-Traço e Funcionamento Erétil	124
5.3.3. Excitação/Inibição Sexual e Funcionamento Erétil	125
5.3.4. Auto-Consciência Sexual e Funcionamento Erétil	127
5.4. Discussão	128

## **Capítulo 6**

Estudo IV: Relevância clínica das variáveis disposicionais na diferenciação da disfunção erétil associada a factores de risco médicos e psicológicos

6.1. Introdução	139
6.2. Metodologia	143
6.2.1. Participantes	143
6.2.2. Procedimentos	144
6.2.3. Instrumentos	144
6.3. Resultados	145
6.3.1. Dimensões da Personalidade e Etiologia da Disfunção Erétil	145
6.3.2. Dimensões do Afecto-Traço e Etiologia da Disfunção Erétil	148
6.3.3. Excitação e Inibição Sexual e Etiologia da Disfunção Erétil	151
6.3.4. Auto-Consciência Sexual e Etiologia da Disfunção Erétil	154
6.4. Discussão	157

## **Capítulo 7**

Discussão Final	165
-----------------	-----

<b>Bibliografia</b>	175
---------------------	-----

## **Anexos**

Anexo I: Formulário de Consentimento Informado

Anexo II: Protocolo de Avaliação

Anexo III: Entrevista Clínica

## Introdução

---





## Introdução

A presente dissertação reúne um conjunto de estudos desenvolvidos pela autora nos últimos quatro anos da sua actividade enquanto investigadora e inserem-se no âmbito do Programa de Trabalhos de Doutoramento apresentado à Universidade de Aveiro e à Fundação para a Ciência e a Tecnologia. À semelhança dos trabalhos que lhe serviram de inspiração e conforme ilustrado pelo título, as investigações aqui apresentadas foram idealizadas e desenvolvidas com o intuito de revitalizar o interesse em torno dos mecanismos de vulnerabilidade psicológica associados à disfunção erétil. Se, por um lado, se reconhece que o estudo científico da disfunção erétil tem um cunho marcadamente médico e de importância inquestionável, em grande parte possibilitado pela *revolução sexual* introduzida pela comercialização do sildenafil no final da década de 90, por outro, se constata a frequente relativização dos factores de natureza individual e interpessoal em que assenta a sexualidade masculina e que pauta os estudos mais recentes. É neste contexto que se adivinha, pois, a motivação para a realização dos estudos que aqui se apresentam.

O objectivo central deste trabalho é o de investigar a importância de um conjunto de variáveis disposicionais gerais (dimensões da personalidade, afecto-traço) e específicas do comportamento sexual (auto-consciência sexual, excitação/inibição sexual) que se possam constituir como factores de risco ou de vulnerabilidade psicológica para a disfunção erétil. Embora a literatura científica mostre que algumas destas variáveis se encontram implicadas no funcionamento sexual masculino em geral, o estudo sistemático acerca da sua influência (isolada ou conjunta) no desenvolvimento e/ou manutenção das dificuldades ao nível da resposta de excitação sexual masculina ainda se encontra por estabelecer. Partindo de uma visão integrada da disfunção erétil que considera que aspectos individuais de natureza psicológica interagem com, ou na presença de, factores de ordem médica na determinação e manutenção das dificuldades erécteis, o conjunto de estudos aqui apresentados pretendem oferecer uma melhor e mais alargada compreensão dos mecanismos envolvidos na disfunção erétil.

Este trabalho está organizado em sete capítulos principais. No Capítulo 1 são abordados aspectos mais gerais relacionados com a nosologia da disfunção erétil e os sistemas de classificação actualmente vigentes, passando pelas temáticas referentes à epidemiologia, etiologia e comorbilidade associadas à disfunção erétil, e integra o enquadramento teórico do presente trabalho. Neste capítulo é dado especial destaque à

descrição e caracterização de alguns dos principais modelos de conceptualização teórica das disfunções sexuais e também ao levantamento do estado da arte relativo às variáveis sujeitas a investigação.

No Capítulo 2 é descrita em pormenor a metodologia utilizada no âmbito de cada um dos estudos que compõem o presente trabalho. Nesta secção é disponibilizada informação relativa ao conjunto de procedimentos utilizados no recrutamento e selecção dos participantes e é feita a caracterização das amostras utilizadas em cada um dos estudos. A caracterização dos instrumentos de avaliação utilizados e os procedimentos estatísticos seleccionados para cada estudo é igualmente alvo de atenção neste capítulo.

O Capítulo 3 é dedicado aos estudos de validação psicométrica das versões Portuguesas de dois instrumentos de avaliação utilizados no âmbito deste trabalho e intitula-se de *Estudos de validação da versão Portuguesa da Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)* e das *Escala de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)*. Neste capítulo são apresentados os resultados dos estudos factoriais realizados para cada instrumento, bem como os indicadores de estabilidade temporal e de consistência interna de cada uma das escalas avaliadas.

No capítulo seguinte, Capítulo 4, é apresentado um estudo que pretende avaliar o efeito preditor das variáveis disposicionais numa amostra de estudantes universitários. Este capítulo intitulou-se de *Preditores do funcionamento erétil numa amostra universitária: Estudo exploratório acerca do papel de variáveis disposicionais* e, à semelhança do formato apresentado para os estudos que lhe seguem, é composto por uma breve introdução que integra a revisão da literatura acerca das variáveis em estudo e a formulação das principais hipóteses de investigação. A discussão dos principais resultados é feita no final do capítulo e é precedida pela apresentação em texto e em tabelas dos resultados obtidos.

O Capítulo 5 foi designado por *Factores de vulnerabilidade psicológica para a disfunção erétil: A relevância de variáveis disposicionais em homens com e sem disfunção erétil* e apresenta os resultados relativos ao estudo que tem por base a análise comparativa entre homens diagnosticados com disfunção erétil e homens sexualmente saudáveis da população geral no que respeita às variáveis disposicionais sujeitas a investigação.

O estudo seguinte versa a importância das variáveis disposicionais em análise na diferenciação entre quadros clínicos de disfunção erétil associados a factores de risco médicos e psicológicos, e é apresentado no Capítulo 6 que se intitulou de *Relevância clínica das variáveis disposicionais na diferenciação da disfunção erétil associada a factores de risco médicos e psicológicos*.

Por fim, o Capítulo 7, *Discussão Geral*, encerra o conjunto de trabalhos apresentados no âmbito desta dissertação. Este capítulo é essencialmente dedicado à revisão dos principais resultados obtidos nos diferentes estudos, apresentados e discutidos de uma forma integrada. Nesta secção são igualmente delineadas as principais implicações dos resultados para a prática clínica e para a investigação, e identificadas as principais limitações inerentes aos estudos realizados.

No final é ainda apresentada a lista de referências bibliográficas e em anexo é incluído um exemplar de cada um dos instrumentos de avaliação utilizados nos diversos estudos.

Finalmente, é de salientar que embora a composição desta dissertação tenha assentado nos princípios gerais que orientam a redacção de trabalhos científicos, procurou-se, na medida do possível, utilizar uma linguagem acessível a todos os potenciais leitores e interessados no conteúdo deste trabalho.



## Capítulo 1

---

### Enquadramento Teórico



## Enquadramento Teórico

### 1. Introdução

Reflectir acerca da sexualidade é perscrutar um dos campos mais ricos e simultaneamente mais complexos do comportamento humano, onde a influência dos mecanismos biológicos que a possibilitam se cruza largamente com a das dimensões de natureza psicossocial onde ela se inscreve, ganha expressão e conquista significados. O reconhecimento generalizado da natureza multideterminada do comportamento sexual em geral e da resposta sexual em particular tem possibilitado o estudo sistemático dos factores que nela intervêm e a promovem, mas também acerca dos processos que com ela interferem e condicionam a vivência de uma sexualidade saudável e gratificante.

No campo da sexualidade masculina muito se tem procurado saber sobre os mecanismos envolvidos na resposta erétil. A ênfase concedida à capacidade erétil como pré-requisito essencial para uma vida sexual satisfatória no homem tem conduzido a impressionantes desenvolvimentos no campo da Medicina que actualmente dispõe de diversas soluções terapêuticas destinadas a corrigir problemáticas associadas à perda total ou parcial da função erétil. No entanto, este foco exclusivo no funcionamento erétil deixa transparecer uma aparente simplificação da resposta sexual e/ou da sexualidade masculina, ao fazê-la depender exclusivamente de questões associadas à genitalidade e ao tornar o homem refém das suas próprias erecções para se sentir um parceiro sexual competente ou sexualmente satisfeito.

A existência de dificuldades ocasionais na resposta de excitação sexual é uma experiência comum à maioria dos homens e, na generalidade das situações, não se reveste de qualquer significado clínico (*e.g.*, reacção a períodos de maior *stress* psicossocial ou à existência de um novo parceiro sexual). No entanto, em alguns homens (ou casais) mais susceptíveis à falha sexual, mesmo as dificuldades sexuais mais transitórias e infrequentes podem acarretar algum grau de sofrimento pessoal e ser o ponto de partida para condicionar futuros desempenhos sexuais com um parceiro e abrir caminho para um quadro clínico estruturado de disfunção erétil. Independentemente dos factores etiológicos que lhe está subjacente ou dos mecanismos envolvidos na sua manutenção, a disfunção erétil figura hoje no topo das estatísticas referentes às queixas sexuais apresentadas pelos homens que procuram ajuda especializada e é já considerada como um problema de saúde pública que afecta muitos milhares de homens em todo o mundo (Goldstein, 2004; Vendeira, 2003).

O advento da farmacoterapia revolucionou a abordagem ao tratamento da disfunção erétil e permitiu a muitos homens o restabelecimento da capacidade erétil de uma forma rápida, segura e eficaz. Não obstante a eficácia obtida com a utilização dos protocolos de intervenção largamente apoiados em terapias farmacológicas, as elevadas taxas de descontinuação e de insatisfação verificadas fazem anteciper a necessidade em se incorporar um paradigma de intervenção mais sofisticado no tratamento da disfunção erétil que privilegie a abordagem conjunta de dimensões médicas e psicológicas (Althof et al., 2005; Basson et al., 1998; Carvalheira, Pereira, Maroco, & Forjaz, 2012; Lue et al., 2004; Metz & McCarthy, 2005). Este novo paradigma tem encontrado suporte empírico em estudos recentes que demonstraram de forma muito consistente que a utilização integrada de intervenções médicas e psicológicas se traduz num maior benefício a curto e a médio prazo para o doente e para o casal (Aubin, Heiman, Berger, Murallo, & Yung-Wen, 2009; Banner & Anderson, 2007; Phelps, Jain, & Monga, 2004).

O reconhecimento de que aspectos de natureza individual exercem uma influência considerável na forma como a disfunção erétil é vivenciada e se vai desenvolvendo ao longo do tempo impõe a clarificação das variáveis de natureza psicológica que se possam constituir como factores de predisposição para a disfunção erétil, em conjunto com factores de ordem médica, quando presentes. Neste sentido, o presente trabalho tem como principal objectivo investigar a importância de algumas variáveis disposicionais que se possam constituir como factores de risco ou de vulnerabilidade psicológica para o desenvolvimento e/ou manutenção da disfunção erétil. Pretende-se assim oferecer uma melhor e mais alargada compreensão dos mecanismos envolvidos na disfunção erétil e, em última análise, estimular o desenvolvimento de protocolos de intervenção terapêutica mais completos e integrados que contemplem de uma forma mais sistemática os factores de risco psicológico para o desenvolvimento e manutenção da disfunção erétil.

### ***1.1. Sistemas de Classificação e Nosologia da Disfunção Erétil***

Os sistemas de classificação das perturbações emocionais assentam em definições uniformizadas e padronizadas de uma grande diversidade de quadros psicopatológicos, constituindo-se, por isso, como ferramentas necessárias na orientação da avaliação, diagnóstico e planificação da intervenção terapêutica em contexto clínico, servindo também como importantes referenciais metodológicos para a investigação (Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007).



À semelhança do que sucede no campo de diagnóstico médico e psiquiátrico, a *Classificação Internacional de Doenças (ICD; WHO, 1992)* desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que se encontra actualmente em fase de preparação da décima primeira edição da ICD, juntamente com a quarta versão revista do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)* da *American Psychiatric Association* (APA, 2000), que caminha a passos largos para a quinta edição, constituem-se como os sistemas de classificação de referência das problemáticas sexuais. No âmbito do presente trabalho, o *DSM-IV-TR* (APA, 2000) será o manual de referência utilizado para a classificação das disfunções sexuais.

Amplamente baseado nos trabalhos pioneiros de Masters e Johnson (1966, 1970) acerca da resposta sexual humana e integrando algumas linhas orientadoras complementares avançadas mais tarde por Helen Kaplan (1974), o *DSM* classifica, a partir da sua terceira versão, as disfunções sexuais em função da fase do ciclo de resposta sexual que se encontra comprometido ou pela existência de dor associada ao acto sexual propriamente dito. É precisamente a alteração da resposta sexual verificada durante a segunda fase do ciclo, a fase de excitação, que caracteriza a disfunção erétil e que é descrita no referido manual como a incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada erecção até completar a actividade sexual (Critério A), acompanhada de sofrimento pessoal e de dificuldades interpessoais significativas (Critério B) (APA, 2000). Este sistema de classificação estabelece ainda que, para efeitos de diagnóstico de disfunção erétil, as dificuldades não deverão ser melhor explicadas por uma outra perturbação do Eixo I (com a excepção de outra disfunção sexual) e não se devem ficar a dever exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou a um estado físico geral (Critério C). Nos casos em que as queixas erécteis resultam exclusivamente dos efeitos fisiológicos de um estado físico geral ou de uma substância, o diagnóstico a atribuir deverá ser o de disfunção sexual secundária a um estado físico geral ou de disfunção sexual induzida por substâncias, respectivamente. O diagnóstico deve ser complementado com informação relativa ao início e evolução do quadro (ao longo da vida ou adquirida), o contexto em que ocorre (generalizada ou situacional) e os factores etiológicos associados ou subjacentes (devido a factores psicológicos ou devido a factores combinados) (APA, 2000).

De forma a integrar os avanços verificados no campo da Medicina Sexual nos últimos anos e em virtude das críticas apontadas aos sistemas de classificação vigentes, em particular ao *DSM-IV-TR*, tem-se assistido a algumas iniciativas no sentido de aperfeiçoar as definições e os critérios de diagnóstico para a disfunção erétil. Uma dessas propostas resultou do

*International Consultation on Sexual Medicine*, evento organizado pelo *International Consultation for Urological Diseases* em conjunto com a OMS, onde especialistas na área da Medicina Sexual propuseram uma nova definição de disfunção erétil, descrevendo-a como a incapacidade recorrente ou consistente para ter e/ou manter uma erecção peniana suficiente para a actividade sexual, com uma duração mínima de 3 meses (Lewis et al., 2004). Para além da novidade do critério temporal foi igualmente reunido consenso interdisciplinar quanto à necessidade em se adoptar um critério de severidade para a disfunção erétil (sem disfunção, disfunção ligeira, moderada ou severa) e algoritmos para o diagnóstico e tratamento da disfunção erétil. Embora anterior ao *International Consultation on Sexual Medicine*, merece igualmente referência o *National Institute of Health (NIH) Consensus Conference on Impotence* (1993), onde a então vigorante designação de impotência sexual deu lugar à que conhecemos actualmente, mais científica e menos pejorativa, embora igualmente não isenta de críticas.

A quinta edição do *DSM* está prevista para 2013 e é aguardada com grande expectativa. As considerações feitas até à data fazem antever mudanças significativas nos critérios de diagnóstico para a disfunção erétil a figurar nesta nova versão. Num artigo que resume as suas considerações acerca dos critérios de diagnóstico para a disfunção erétil, Segraves (2010) salienta as críticas feitas à última edição, nomeadamente a falta de precisão operacional da definição em vigor (*e.g.*, ausência de um critério de duração e de severidade das dificuldades), cuja repercussão se tem verificado essencialmente na ausência de uniformização metodológica e dos critérios utilizados em estudos epidemiológicos e clínicos, e que estão na base da grande disparidade de estimativas de prevalência da disfunção erétil. Desta forma, as considerações tecidas por Segraves vão no sentido de se considerar um critério temporal (pelo menos 6 meses) e de frequência (pelo menos 75% das ocasiões sexuais) para as dificuldades experienciadas, que permita diferenciar entre homens que apresentam dificuldades erécteis que não traduzem mais do que flutuações normais e transitórias no seu funcionamento sexual em resposta ao *stress* quotidiano, daqueles com um quadro clínico de disfunção erétil instalada e susceptível de intervenção médica. Este autor propõe ainda a abolição dos subtipos etiológicos sob o argumento de que a etiologia na disfunção erétil é, na maioria dos casos, desconhecida ou multideterminada, sendo preferível a utilização de especificadores juntamente com o diagnóstico (*e.g.*, factores relacionais, factores de vulnerabilidade individual, consumo de substâncias). Sugere também que o critério que prevê a existência de sofrimento pessoal e de dificuldades interpessoais em virtude da disfunção seja eliminado, por considerar ser redundante. Assim sendo, a definição

operacional proposta por Segraves (2010) para a disfunção erétil remete para a dificuldade em obter e/ou manter uma erecção suficiente para a actividade sexual ou marcada diminuição na tumescência erétil, em 75% das ocasiões sexuais e por um período mínimo de 6 meses.

A verificarem-se estas ou outras alterações para o *DSM-V*, com mais ou menos vozes críticas a insurgir-se, espera-se uma melhoria efectiva na operacionalização da definição da disfunção erétil, que certamente representará um ponto de viragem na história da nosologia deste quadro clínico, com implicações directas ao nível da prática clínica e da investigação.

## ***1.2. Epidemiologia da Disfunção Erétil***

A literatura epidemiológica das disfunções sexuais em geral e da disfunção erétil em particular é vasta, embora nem sempre concordante no que respeita às taxas de prevalência identificadas. Não obstante as discrepâncias encontradas entre os estudos, que reflectem na sua essência variações nas definições e metodologias utilizadas (Hayes, 2008), existe consenso quanto à elevada prevalência destas dificuldades na população geral masculina e é reconhecido o seu impacto negativo ao nível do bem estar sexual e qualidade de vida dos indivíduos e das suas parceiras (Christensen, Grønbaek, Osler, Pedersen, Graugaard, & Frisch, 2010; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, & McKinlay, 1994; Fugl-Meyer & Sjögren Fugl-Meyer, 1999; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Lewis, Fugl-Meyer, Bosch, Fugl-Meyer, Laumann, Lizza, & Martin-Morales, 2004; Mercer et al., 2003; Richters, Grulich, de Visser, Smith, & Rissel, 2003; Wagner, Fugl-Meyer, & Fugl-Meyer, 2000).

Numa revisão da literatura relativa aos estudos de prevalência de disfunção sexual realizados na década de 90, Simons e Carey (2001) verificaram que a disfunção erétil, a par da ejaculação prematura, se constituíam como as disfunções sexuais mais frequentemente experienciadas pelos homens da população geral, estimadas respectivamente em 0-5% e 4-5%. Similarmente, na sua revisão acerca do estado da arte e das *guidelines* para os estudos epidemiológicos sobre a disfunção sexual, Lewis e colaboradores (2004) constatarem que os dados epidemiológicos encontrados sugeriam que cerca de 20% a 30% dos homens adultos experienciavam pelo menos uma disfunção sexual aquando da realização dos estudos. Um outro dado importante e bem estabelecido na literatura epidemiológica refere-se ao aumento significativo da incidência de dificuldades sexuais nos homens à medida que vão avançando na idade, sendo este aspecto particularmente evidente no que toca à disfunção erétil. Os dados de prevalência para a disfunção erétil mostram que este tipo de dificuldade sexual é relativamente baixa em idades inferiores aos 40 anos (1-9%), acentuando-se de forma

bastante evidente a partir da sexta década de vida (20-40%), e ainda mais acima da sétima (50-75%) (Lewis et al., 2004).

Mas nem todos os estudos apontam para a disfunção erétil como sendo uma das dificuldades da esfera sexual mais prevalentes nos homens da população geral. A exceção é feita no estudo Australiano conduzido por Richters e colaboradores (2003), *The Australian Study of Health and Relationships*, no qual se verificou que cerca de 9.5% dos 8,517 homens entrevistados apresentavam queixas erécteis com a duração de pelo menos um mês no ano que antecedeu a entrevista, constituindo-se como a terceira queixa mais frequente logo a seguir à diminuição do interesse sexual (24.9%) e da ejaculação rápida (23.8%). Dados semelhantes foram encontrados no *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles in Britain*, estudo liderado por Mercer (2003), onde as queixas erécteis foram apontadas por 5.8% dos homens, uma percentagem significativamente menor do que a de 17.1% encontrada para as queixas relacionadas com a diminuição do interesse sexual e a de 11.7% para a ejaculação rápida. O estudo de Richters mostrou ainda que as dificuldades ao nível da erecção se constituíam como a queixa sexual mais frequente nos homens acima dos 40 anos, a par da diminuição do interesse sexual (Richters et al., 2003).

A súmula dos estudos internacionais relativos à prevalência da disfunção erétil ficaria incompleta sem mencionar dois estudos conduzidos nos Estados Unidos, considerados de referência na história da epidemiologia das disfunções sexuais. O *National Health and Social Life Survey* (NHSLs) foi conduzido numa amostra probabilística de 1,410 sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos de idade, residentes nos Estados Unidos. Os dados de prevalência encontrados para a disfunção erétil foram de 7% para as faixas etárias compreendidas entre os 18 e 29 anos, 9% para os 30-39 anos, 11% para os 40-49 anos e 18% para os 50-59 anos (Laumann et al., 1999). Os dados deste estudo podem contudo subestimar a real prevalência das dificuldades uma vez que não foram avaliadas faixas etárias acima dos 60 anos. Por oposição, os dados do *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) incidiram sobre uma amostra composta por 1,709 homens dos 40 aos 70 anos residentes na área de Boston. Cerca de 52% dos homens entrevistados referiram ter algum grau de dificuldades erécteis, sendo que nas faixas etárias dos 40 aos 70 anos a probabilidade de se verificar a presença de disfunção erétil completa triplicou de 5% para 15%, e a moderada duplicou de 17% para 34% (Feldman et al., 1994).

No que respeita à população Portuguesa, encontram-se actualmente disponíveis alguns dados de prevalência para a disfunção erétil. As estimativas avançadas por um estudo conduzido pela Sociedade Portuguesa de Andrologia indicaram que cerca de 13% dos 1,250

participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos consideraram ter algum tipo de problema de erecção. Quando avaliadas apenas as dificuldades erécteis de gravidade moderada e severa, os resultados mostraram que somente 5% dos inquiridos referiu experienciar problemas de erecção com essa intensidade (Vendeira, Pereira, Tomada, & Macedo, 2005).

Um outro estudo que merece a nossa referência e que foi especificamente desenhado para estimar a prevalência de disfunção erétil numa amostra da comunidade Portuguesa indicou uma taxa de prevalência destas dificuldades na ordem dos 48% (Teles, Carreira, Alarcão, Aragués, Lopes, Mascarenhas, & Costa, 2008). A amostra foi constituída por 3,548 homens com idades compreendidas entre os 40 e 69 anos, recrutados em Centros de Saúde de diversas zonas geográficas de Portugal. Cerca de 35% dos homens que participaram no estudo manifestaram queixas erécteis de severidade ligeira e apenas 9% e 4% apresentaram respectivamente queixas moderadas e severas. À semelhança dos dados encontrados a nível internacional e atendendo às faixas etárias avaliadas, este estudo mostrou que as taxas de prevalência e a severidade das dificuldades erécteis tendem a aumentar com a idade, embora fiquem a faltar os dados de prevalência para as faixas etárias mais jovens (Teles et al., 2008).

No âmbito do inquérito *Saúde e Sexualidade* que integrou um conjunto de estudos destinados à avaliação de indicadores de comportamentos sexuais e de risco na população Portuguesa, Vilar (2010) avaliou as respostas de 3,300 homens relativamente à presença de dificuldades sexuais experienciadas na altura do estudo. Cerca de 9% dos participantes referiu ter problemas em obter ou em manter uma erecção, verificando-se uma maior preponderância destas dificuldades em homens com idades compreendidas entre os 55 e 65 anos (32%), seguindo-se as faixas etárias dos 45 aos 54 anos (11%) e a dos 35 aos 44 anos (6%). Os grupos etários dos 18 aos 24 anos e 25 a 34 anos registaram as taxas de prevalência mais baixas destas dificuldades (3% e 2% respectivamente), embora o estudo não faça referência ao grau de severidade das dificuldades apresentadas (Vilar, 2010).

Num estudo recente, Quinta Gomes & Nobre (no prelo) avaliaram a prevalência de dificuldades sexuais numa amostra composta por 650 homens da comunidade Portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e 70 anos. Neste estudo foi utilizada uma amostra da população geral, estratificada por escalões etários, estado civil e habilitações literárias segundo as distribuições apresentadas pelo Instituto Nacional de Estatística (Census de 2001) de forma a reflectir a distribuição sócio-demográfica da população masculina Portuguesa em geral. O estudo contou, ainda, com a utilização de um instrumento de avaliação do funcionamento sexual amplamente reconhecido e utilizado internacionalmente, recentemente

validado para a população Portuguesa, e utilizou critérios de frequência para a estimativa das taxas de prevalência sugeridos recentemente por especialistas na área da Medicina Sexual (Segraves, 2010). Os participantes que referiram ter dificuldades sexuais em pelo menos 75% das situações envolvendo contacto sexual com uma parceira foram considerados como apresentando uma dificuldade sexual de severidade moderada a grave, e aqueles que referiram manifestar essas dificuldades em pelo menos 50% das ocasiões sexuais foram considerados como tendo um problema sexual ligeiro. Os dados obtidos referentes à prevalência de dificuldades erécteis revelaram que 10.2% dos homens da amostra apresentava dificuldades em ter ou manter a erecção em 75% ou mais das ocasiões sexuais. Considerando-se a frequência de dificuldades erécteis de severidade ligeira, os dados encontrados excederam no dobro os anteriores (21%). Bastante evidentes foram também os resultados encontrados quanto à prevalência das dificuldades erécteis com o avançar da idade. À semelhança dos estudos epidemiológicos internacionais, os resultados avançados por Quinta Gomes e Nobre (no prelo) mostraram que a prevalência de dificuldades erécteis aumenta gradualmente em homens com idades acima dos 45 anos. Em homens com idades abaixo dos 45 anos os valores de prevalência encontrados são relativamente baixos (1% a 6%), duplicando em homens com idades compreendidas entre os 45 e 54 anos (12%) e atingindo a sua expressão máxima em indivíduos acima dos 55 anos (21%). Por sua vez, se se considerar os dados de prevalência para as dificuldades erécteis ligeiras, os dados apontam para valores significativamente mais elevados (7% a 12% em homens com idades compreendidas entre 18 a 44 anos e 23% a 39% em homens acima dos 45 anos). Este estudo mostrou ainda que a idade se constituiu como o melhor preditor sociodemográfico para a generalidade das dificuldades sexuais, excepto para a ejaculação rápida, e que níveis educacionais baixos se associavam a dificuldades mais significativas ao nível do orgasmo (Quinta Gomes & Nobre, no prelo).

No que toca a estudos de prevalência realizados com amostras clínicas, a disfunção erétil ocupa um lugar cimeiro nas estatísticas apresentadas, constituindo-se como uma das principais queixas observadas em homens que procuram ajuda especializada para as dificuldades sexuais. Os estudos realizados em Portugal apontam para valores de prevalência que variam entre 63% (Gomes, Fonseca, & Gomes, 1997) e 69.4% (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes 2006), valores consideravelmente mais elevados comparativamente aos 24% a 53% encontrados em alguns estudos realizados noutros países da Europa e nos Estados Unidos (Bancroft & Coles, 1976; Bhui, Herriot, Dein, & Watson, 1994; Hawton, 1982; Renshaw, 1988).



No seu conjunto, os estudos apresentados mostram que a disfunção erétil é uma queixa comumente encontrada em homens sexualmente activos da comunidade e em contexto clínico. Acredita-se, contudo, que os dados disponíveis podem subestimar a real prevalência deste tipo de patologia sexual atendendo ao facto de muitos homens da população geral não procurarem ajuda para as suas dificuldades ou simplesmente não as assumirem quando questionados acerca das mesmas. O reconhecimento do impacto individual, familiar e social deste tipo de problemática coloca-o na lista dos problemas de saúde pública da actualidade, preconizando-se por essa razão uma abordagem mais sistemática no rastreio de dificuldades sexuais na prática clínica geral e especializada.

### ***1.3. Etiologia e Comorbilidade associada à Disfunção Erétil***

O conhecimento no campo da Medicina Sexual tem evoluído consideravelmente nas últimas décadas e contribuído significativamente para conceptualizações cada vez mais integradas dos aspectos etiológicos das disfunções sexuais. Parece-nos, pois, pertinente uma breve resenha histórica dos diferentes momentos que marcaram a história da Sexologia e que conduziram ao estado actual do conhecimento acerca da etiologia da disfunção erétil.

A conceptualização etiológica das dificuldades ao nível da esfera sexual foi inicialmente dominada por explicações psicanalíticas que as remetiam para a existência de conflitos intrapsíquicos em personalidades perturbadas, renunciando a toda e qualquer influência de factores de ordem biológica. Apesar do papel inquestionável e revolucionário da teoria freudiana no reconhecimento da sexualidade enquanto aspecto importante e integrante do comportamento humano, a terapia sexual propriamente dita começa a insurgir-se com o movimento comportamentalista e a ganhar contornos mais sólidos nos anos 70 com o aparecimento dos trabalhos desenvolvidos por William Masters e Virginia Johnson, consagrados na obra *Human Sexual Inadequacy* (1970). A conceptualização das dificuldades sexuais enquanto resultado de aspectos psicológicos relacionados com a ansiedade de desempenho e o papel de espectador veio abrir caminho aos protocolos terapêuticos de carácter psicológico principiados por Masters e Johnson e complementados pelos trabalhos de Helen Kaplan (1974), alvo de grande popularidade na época devido às elevadas taxas de eficácia terapêutica verificadas com a sua aplicação (Fonseca, Figueiredo, & Nobre, 2003).

O início da década de 80 é marcado por avanços significativos na ciência médica que regista desenvolvimentos surpreendentes no campo do conhecimento da fisiologia e dos mecanismos patofisiológicos da resposta erétil e que vêm dar reconhecimento aos factores biológicos na etiologia dos problemas sexuais (Carson & Dean, 2007). O aparecimento de

novas soluções farmacológicas, lideradas pela injeção intracavernosa com agentes vasoactivos aplicados de forma isolada ou em soluções combinadas (papaverina, fentolamina e prostaglandinas), vem abrir caminho à investigação científica dos mecanismos centrais e periféricos da erecção e permitir uma nova abordagem na orientação do tratamento da problemática sexual à luz de um paradigma estritamente organicista (Vendeira, 2003). O tratamento da disfunção erétil e das disfunções sexuais estava, pois, sob o foco de intervenção médica, largamente apoiado nas mais recentes e sofisticadas técnicas de diagnóstico (*e.g.*, tumescência nocturna peniana, rigiscan, doppler) e cirúrgicas (*e.g.*, revascularização arterial, aperfeiçoamento das técnicas de implantes penianos) até então desenvolvidas. Durante este período assiste-se ainda a um interesse e esforço notórios por parte de clínicos e investigadores em discriminar a etiologia subjacente às queixas erécteis (orgânica *vs.* psicogénica), levando a cabo vários estudos utilizando as mais diversas técnicas de diagnóstico médicas e também psicológicas, embora com resultados muito pouco conclusivos (Segraves, 2010).

Os avanços farmacológicos verificados na década seguinte e que conduziram ao aparecimento dos agentes orais, os inibidores da fosfodiesterase-5 (sildenafil, vardenafil, tadalafil e mais recentemente o avanafil), tiveram um efeito sem precedentes no estudo científico da disfunção erétil, trazendo consigo uma maior visibilidade da perturbação e também a legitimação do seu tratamento. A facilidade e a segurança da sua utilização, aliada a taxas de eficácia muito razoáveis, remeteram a questão da etiologia das queixas erécteis para segundo plano, assumindo-se a base orgânica da generalidade das situações por disfunção endotelial (Segraves, 2010).

Apesar de promissor, as elevadas taxas de descontinuação verificadas nos tratamentos decorrentes de um modelo biomédico cujo foco assentava exclusivamente no restabelecimento da erecção e se associava a uma prática médica mecanizada, intrusiva e negligente quanto aos aspectos interpessoais e emocionais em que o funcionamento sexual se inscreve, fizeram adivinhar a necessidade de se adoptarem conceptualizações mais integradoras, holísticas e de natureza multidisciplinar, e renunciar ao reducionismo das distinções cartesianas até então vigariantes e à excessiva “medicalização da sexualidade” (Tiefer, 1996). E é desta forma que perto do virar do século se assiste a um interesse renovado pelas questões psicológicas, fortemente apoiado nos trabalhos empíricos de David Barlow e sua equipa durante as décadas de 80 e 90 acerca do papel de variáveis cognitivas e emocionais no funcionamento sexual, conduzindo a uma nova abordagem na compreensão das dificuldades sexuais, mais rica e integradora.



A história da Sexologia mostra-nos que a ênfase desmedida nos determinantes psicológicos do comportamento sexual ou no pólo oposto, organicista, são manifestamente insuficientes para dar conta da complexidade inerente ao comportamento sexual humano. Parece, pois, ser actualmente consensual entre os especialistas da Sexologia e da Medicina Sexual, considerar o comportamento sexual numa vertente biopsicossocial, onde aspectos de natureza biológica, psicológica e social interagem de forma complexa e raramente isolada na determinação do comportamento e da resposta sexual (Althof et al., 2005; Basson et al., 1998; Jannini, McCabe, Salonia, Montorsi, & Sachs, 2010; Metz & McCarthy, 2005).

A evidência empírica tem revelado que a disfunção erétil está associada a uma miríade de condições médicas e psicológicas que na maioria das vezes coexistem. Mesmo as situações clínicas com uma componente orgânica evidente são acompanhadas por aspectos psicológicos que contribuem largamente para a manutenção e o agravamento das dificuldades (*e.g.*, mitos e crenças sexuais disfuncionais, ansiedade de desempenho, conflitos relacionais) (Basson et al., 1998; Lue et al., 2004). Por exemplo, a vivência de dificuldades eréteis em virtude de uma doença crónica pode ter consequências emocionais importantes no homem e no casal (*e.g.*, auto-imagem e auto-estima diminuídas, dificuldades de ajustamento aos condicionalismos da doença) e onde se torna imprescindível intervir. Neste sentido, estudos clínicos recentes têm demonstrado o benefício indiscutível da combinação de intervenções de cariz psicológico com as terapêuticas farmacológicas na abordagem do doente com disfunção erétil, principalmente nos casos em que se verifica uma baixa adesão à medicação (Aubin et al., 2009; Banner & Anderson, 2007; Gruen, Shenfeld, & Chen, 2006; Phelps et al., 2004).

Do ponto de vista fisiológico, a erecção é um fenómeno vascular complexo que conduz à tumescência dos corpos cavernosos, estando, por essa razão, dependente da integridade de um sistema vascular que garanta o aporte de sangue necessário ao pénis para que a erecção possa acontecer. Alterações patofisiológicas observadas no sistema vascular geral irão repercutir-se ao nível do pénis uma vez que o tecido erétil representa um leito vascular modificado. Desta forma se compreende que as doenças cardiovasculares (*e.g.*, hipertensão arterial, arteriosclerose, dislipidémia, diabetes, doença coronária) se constituem importantes factores de risco para a disfunção erétil pelo compromisso que vão ocasionando ao nível do tecido endotelial do pénis, conforme bem demonstrado por alguns estudos epidemiológicos (Feldman et al., 1994). Por outro lado, e não raras vezes, as queixas clínicas relacionadas com a diminuição da rigidez peniana, a presença de erecções menos duradouras ou mais infrequentes podem constituir *per se* a primeira manifestação de doença cardiovascular (Carson & Dean, 2007).

Outras doenças médicas como as de origem neurológica (*e.g.*, epilepsia, lesões vertebro-medulares, esclerose múltipla, doença de Parkinson), endócrina (*e.g.*, diabetes, hipogonadismo, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperprolactinemia) e urológica (*e.g.*, insuficiência renal, hiperplasia benigna da próstata) estão igualmente entre os factores de risco associados à disfunção erétil. Alguns procedimentos cirúrgicos (*e.g.*, prostatectomia radical), iatrogenia de causa medicamentosa (*e.g.*, antipertensores, cardiotónicos, anticonvulsivantes, antidepressivos, antipsicóticos), anomalias estruturais do pénis (*e.g.*, doença de Peyronie) e traumatismos, principalmente ao nível da região pélvica, são susceptíveis de provocar alterações na capacidade erétil, afectar a rigidez peniana ou provocar outras alterações na resposta sexual. Encontra-se igualmente bem documentado que um estilo de vida sedentário, o consumo regular de substâncias (*e.g.*, álcool, tabaco) e a obesidade têm um impacto considerável na saúde sexual do homem, pelo que uma boa intervenção terapêutica deverá igualmente sensibilizar para a modificação de hábitos de vida menos saudáveis (Carson & Dean, 2007).

Para além das questões médicas associadas à disfunção erétil, dispomos actualmente de uma grande diversidade de estudos que comprovam o envolvimento de variáveis de natureza psicológica na disfunção erétil. A presença ou o processamento de estímulos sensoriais ou sexuais de teor negativo para o sujeito podem ter um efeito inibitório no desencadeamento dos processos centrais e periféricos que conduzem à erecção. Em alguns sujeitos, a presença de estados emocionais negativos (*e.g.*, sintomas depressivos ou ansiosos), a antecipação de um mau desempenho sexual, inexperiência sexual, memórias de experiências sexuais desagradáveis ou a presença de dificuldades no relacionamento com a parceira podem conduzir a um processamento inadequado dos estímulos sexuais e impedir o relaxamento necessário dos músculos cavernosos para que a erecção possa ocorrer (Vendeira, 2003). É aqui que as variáveis de cariz cognitivo e emocional, como por exemplo os esquemas cognitivos (Nobre & Pinto Gouveia, 2009; Quinta Gomes & Nobre, 2012), crenças sexuais disfuncionais (Nobre & Pinto Gouveia, 2006a), humor depressivo (Araujo, Durante, Feldman, Goldstein, & McKinlay, 1998; Caspari, Huebgen, & Derouet, 1999, Feldman et al., 1994; Quinta Gomes & Nobre, 2011; Seidman & Roose, 2000), e também as dimensões relacionais (Laumann et al., 1999), ganham relevância ao moldar a expressão da resposta de excitação sexual masculina, conforme largamente demonstrado na literatura.

De acordo com o que foi exposto, verificamos que são inúmeras as condições médicas e psicológicas que se encontram associadas à disfunção erétil. Estas situações tanto podem contribuir de forma isolada na determinação das dificuldades érrecteis como interagir e

potenciar-se mutuamente, constituindo-se simultaneamente como factores precipitantes e de manutenção das dificuldades. O reconhecimento da disfunção erétil como sendo uma patologia multideterminada e não raramente coexistente com outras dificuldades sexuais (*e.g.*, desejo sexual hipoactivo, ejaculação prematura; APA, 2000; Quinta Gomes & Nobre, no prelo; Rosen, 2000), apela à multidisciplinaridade e a uma abordagem terapêutica assente em protocolos integrados que privilegiem o bem-estar sexual não apenas do indivíduo mas do casal (Wincze & Carey, 2001).

#### ***1.4. Modelos de Conceptualização Psicológica das Disfunções Sexuais***

##### ***1.4.1. Os Modelos Clássicos de Masters e Johnson e de Helen Kaplan***

Os trabalhos de Masters e Johnson na década de 60 constituíram um marco paradigmático no estudo da sexualidade humana. Na sua obra *Human Sexual Response* (1966) os autores oferecem à comunidade científica e clínica contemporânea uma primeira conceptualização da resposta sexual masculina e feminina, largamente sustentada nos estudos que desenvolveram acerca dos mecanismos fisiológicos associados à resposta sexual (Masters & Johnson, 1966).

O ciclo de resposta sexual proposto compreende quatro fases distintas que obedecem a um padrão fisiológico característico e de ocorrência similar em ambos os sexos. A presença de estimulação sexual marca o início do ciclo de resposta sexual e desencadeia o conjunto de modificações fisiológicas acompanhadas por uma sensação subjectiva de prazer que caracteriza a fase da excitação. No caso do homem, as alterações fisiológicas verificadas traduzem-se essencialmente na ocorrência de mecanismos vasculares que conduzem à tumescência do pénis (vasodilatação) e, consequentemente, à erecção. A fase seguinte é designada por fase de plateau e caracteriza-se pelo aumento progressivo da excitação e acumulação da tensão sexual até atingir a sua intensidade máxima e despoletar o orgasmo. A fase do orgasmo caracteriza-se pela experiência subjectiva de um pico de prazer sexual acompanhado de libertação da tensão sexual acumulada e da contracção rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores internos. No homem, esta fase é igualmente acompanhada pela sensação de que a ejaculação é inevitável e pela ejaculação propriamente dita. Masters e Johnson (1966) propuseram ainda uma última fase no ciclo da resposta sexual, a fase da resolução, durante a qual se verifica uma sensação generalizada de relaxamento e bem-estar e em que há um retorno progressivo ao estado fisiológico prévio à fase de excitação. Durante esta fase, o homem encontra-se fisiologicamente refractário a nova erecção e orgasmo, por um período de tempo variável (Masters & Johnson, 1966).

Helen Kaplan (1974) vem apresentar, posteriormente, um modelo trifásico da resposta sexual no qual integra de forma inovadora uma fase de carácter exclusivamente motivacional que designou por fase do desejo. Esta fase é caracterizada essencialmente pela vontade e a procura de envolvimento em actividade sexual e precede as fases de excitação e do orgasmo. Apesar das críticas levantadas ao modelo de resposta sexual de Kaplan e ao dos seus precursores Masters e Johnson, nomeadamente à linearidade e artificialidade das fases propostas, à ênfase excessiva atribuída aos factores fisiológicos periféricos e consequente desvalorização de variáveis de natureza psicológica, estes modelos continuam a influenciar a conceptualização actual da resposta sexual e a ser utilizados como referências para a classificação das disfunções sexuais nos principais manuais de diagnóstico (APA, 2000).

Mas o contributo de Masters e Johnson para a Sexologia foi ainda mais marcante com o desenvolvimento de um conjunto de técnicas terapêuticas sistematizadas em *Human Sexual Inadequacy* (1970) e destinadas ao tratamento das disfunções sexuais (e.g., foco sensorial). Tendo por base uma lógica comportamentalista, o conjunto de técnicas propostas visavam a eliminação da ansiedade de desempenho dos sujeitos com dificuldades sexuais e o redireccionamento da sua atenção para as sensações de prazer durante a actividade sexual de forma a diminuir o fenómeno do *spectatoring* (i.e., postura de espectador de si próprio que o sujeito assume durante o desempenho sexual). A ansiedade associada ao desempenho sexual assumia assim um papel determinante nas conceptualizações etiológicas de Masters e Johnson acerca das disfunções sexuais, posteriormente reforçadas por Kaplan que vem destacar ainda a importância do papel dos parceiros sexuais na manutenção das dificuldades (e.g., exigências de desempenho).

Desta forma, o medo de falhar associado à postura de espectador de si próprio durante o desempenho sexual seria uma característica comum aos sujeitos com dificuldades sexuais, cuja redução se afigurava como objectivo principal das primeiras modalidades de terapia sexual (Nobre, 2006).

#### 1.4.2. O Modelo Cognitivo-Afectivo de Barlow

Durante a década de 80 assiste-se à proliferação de estudos empíricos que enfatizam o papel das variáveis cognitivas e emocionais na determinação do funcionamento sexual (Cranston-Cuevas & Barlow, 1990). O entusiasmo motivado pelas revolucionárias propostas de intervenção terapêutica delineadas por Masters e Johnson (1970) e por Helen Kaplan (1974) deu lugar a um progressivo reconhecimento que as conceptualizações ansiocêntricas

das disfunções sexuais e as abordagens terapêuticas daí decorrentes se mostravam insuficientes para dar conta das especificidades das dificuldades sexuais.

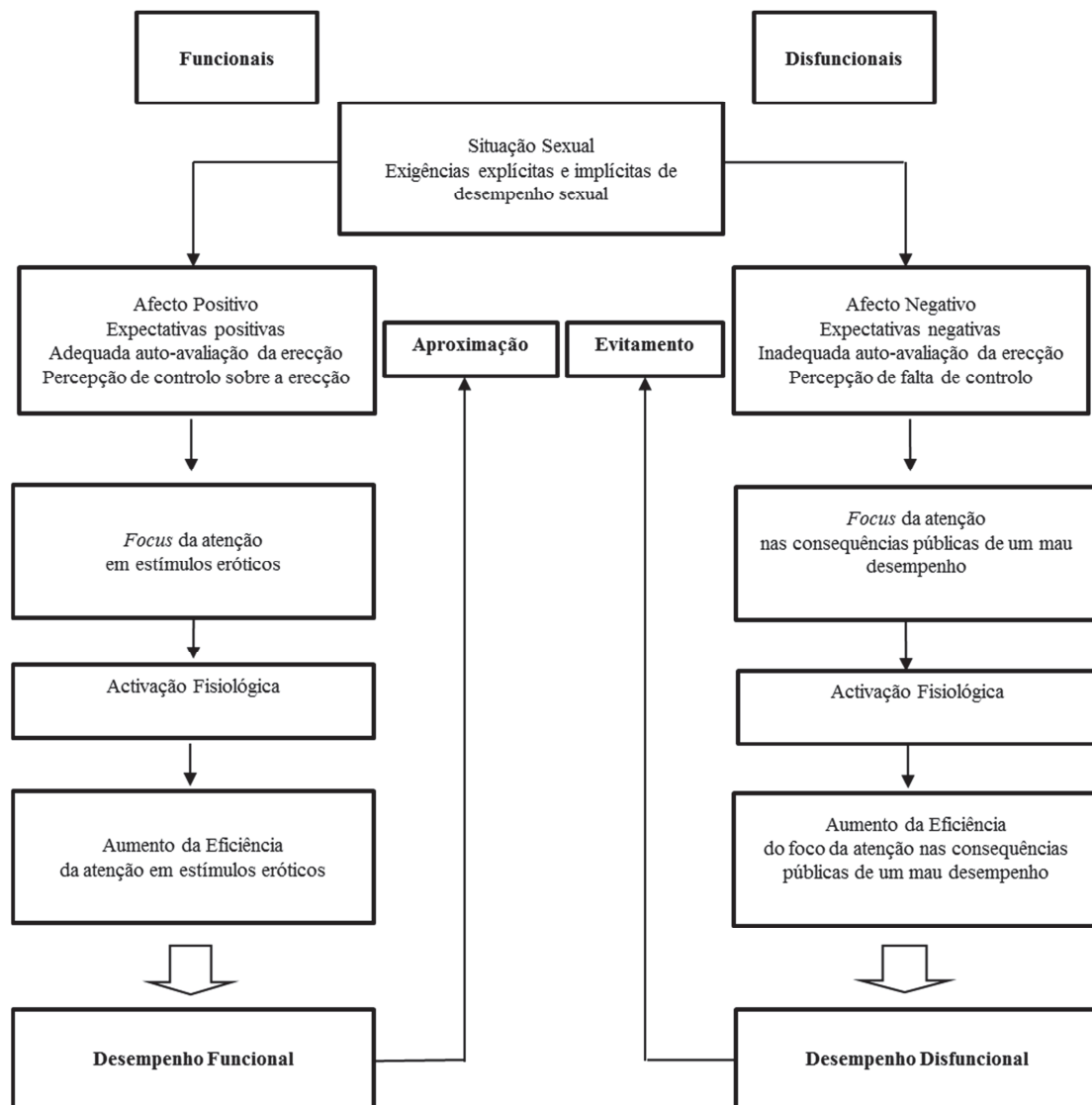
Perante este cenário, rompendo com as teses vigentes acerca da etiologia das dificuldades sexuais e integrando um vasto conjunto de dados obtidos através de estudos laboratoriais que avaliaram a influência de factores cognitivo-emocionais na resposta sexual, Barlow (1986) propõe um modelo alternativo para a conceptualização das problemáticas sexuais onde destaca a importância da interacção entre a activação fisiológica associada à ansiedade e os processos de interferência cognitiva na determinação da resposta sexual funcional e disfuncional.

O modelo de Barlow (1986) postula que indivíduos sexualmente funcionais e disfuncionais diferem significativamente na forma como encaram as situações sexuais. Assim, na presença de estímulos que convidam ao desempenho sexual, os sujeitos sexualmente funcionais tendem a reagir com mais afecto positivo, antecipam um bom desempenho sexual e têm a percepção de controlo sobre a situação, por oposição aos sujeitos sexualmente disfuncionais que nas mesmas circunstâncias desenvolvem um estado de apreensão caracterizado pelo aumento de tensão e activação ansiógena acompanhadas de afecto negativo e pela expectativa de um desempenho sexual pobre.

Barlow (1986) propõe ainda que o aumento da activação fisiológica resultante da excitação sexual amplifica o foco de atenção previamente existente por intermédio de um mecanismo de *feedback* positivo nos sujeitos funcionais e *feedback* negativo em sujeitos disfuncionais. Uma vez que o foco de atenção dos sujeitos sexualmente disfuncionais está direccionado para estímulos não relevantes para a tarefa sexual (*e.g.*, preocupação com a qualidade da resposta erétil, exigência de desempenho sexual, antecipação do fracasso e suas consequências), o aumento da activação fisiológica irá amplificar este foco de atenção e diminuir a disponibilidade do indivíduo para se centrar nos estímulos eróticos e sexuais inerentes à situação sexual, o que conduz inevitavelmente a um decréscimo da resposta sexual (Barlow, 1986). Por oposição, os sujeitos sexualmente funcionais tendem a apresentar um foco de atenção direccionado para os estímulos sexuais que se torna ainda mais eficiente com o aumento da activação fisiológica e aumenta a resposta de excitação sexual (ver Figura 1).

Figura 1

*Modelo Cognitivo-Afectivo das Disfunções Sexuais de Barlow (1986).*



O modelo proposto por Barlow baseia-se largamente em estudos acerca da relação entre ansiedade e excitação sexual que tornaram mais evidentes as diferenças verificadas entre os sujeitos sexualmente funcionais e disfuncionais (para uma revisão completa ver Nobre, 2006). Conforme referido anteriormente, uma das diferenças reside no facto do aumento de activação fisiológica associada à ansiedade facilitar a resposta sexual em indivíduos com um bom funcionamento sexual e dificultá-la nos sujeitos disfuncionais. Inspirado nos resultados obtidos numa amostra feminina (Hoon, Wincze, & Hoon, 1977), Wolchick e colaboradores (1980) verificaram que homens sexualmente funcionais apresentavam resposta sexual fisiológica significativamente mais elevada no decorrer da

visualização de um filme erótico posterior à apresentação de um filme indutor de ansiedade, comparativamente ao mesmo filme apresentado posteriormente à apresentação de um filme neutro. Estes dados marcaram o ponto de partida para refutar o pressuposto vigente de que a ansiedade e a excitação sexual seriam mutuamente inibitórias.

Um estudo posterior procurou operacionalizar o efeito fisiológico da ansiedade pelo recurso a injeções de epinefrina nos participantes antes da visualização de filmes eróticos e mostrou que o aumento verificado na actividade simpática não produzia efeitos negativos na resposta sexual durante a exposição aos filmes, fornecendo evidência adicional que a activação simpática não era inibitória da excitação sexual na presença de estímulos eróticos (Lange, Wincze, Zwiek, Feldman, & Hughes, 1981).

Ainda, num conjunto de estudos laboratoriais destinados a avaliar o papel da ansiedade na resposta sexual, Barlow e a sua equipa (1983) forneceram evidência adicional aos dados anteriores. Usando um desenho experimental que visava avaliar a ansiedade de desempenho (operacionalizada como decorrente de uma ameaça de administração de choque eléctrico caso os sujeitos não alcançassem um nível de erecção preestabelecido durante a visualização de um filme erótico - ameaça contingente) e a ansiedade generalizada (por intermédio da ameaça de choque eléctrico independentemente da resposta sexual perante a visualização do filme erótico - ameaça não contingente), Barlow e colaboradores (1983) mostraram que os indivíduos sujeitos a ameaça de choque apresentavam níveis superiores de resposta sexual comparativamente à condição em que a ameaça de choque estava ausente. E, para surpresa dos investigadores, os sujeitos do grupo em que foi operacionalizado o conceito de ansiedade de desempenho (ameaça contingente) apresentaram níveis de erecção superior aos do grupo representativo de ansiedade generalizada (ameaça não contingente) (Barlow, Sakheim, & Beck, 1983).

Usando a mesma lógica experimental, Beck, Barlow, Sakheim e Abrahamson (1984), replicaram parcialmente estes dados com homens funcionais e disfuncionais. Os homens funcionais apresentaram maior tumescência peniana na condição não contingente, embora na condição contingente (exigência de desempenho) não se tenham verificado diferenças comparativamente à condição de controlo. Quanto aos dados obtidos no grupo dos sujeitos sexualmente disfuncionais, verificou-se que estes apresentaram níveis de resposta sexual mais baixos em ambas as condições indutoras de ansiedade, comparativamente com os controlos. Perante estes resultados, os autores concluíram que a componente fisiológica da ansiedade tem um efeito diferencial na resposta sexual de sujeitos sexualmente funcionais e disfuncionais, facilitando-a no caso dos primeiros, e diminuindo-a nos segundos (Beck et al.,



1984). E estava encontrada a evidência que deitaria por terra as visões etiológicas clássicas que atribuíam um papel central à ansiedade na etiologia da disfunção erétil.

Uma segunda diferença entre indivíduos sexualmente funcionais e disfuncionais avançada por Barlow (1986) diz respeito ao facto de estes últimos apresentarem uma tendência para subestimar os seus níveis de excitação sexual. Os estudos acerca do controlo voluntário da resposta sexual têm oferecido suporte científico a este pressuposto ao demonstrar que homens sexualmente funcionais têm a capacidade de aumentar de uma forma intencional a sua resposta sexual mediante a apresentação de estímulos sexuais (Bancroft & Mathews, 1971; Laws & Rubin, 1969), ou de a inibir (Henson & Rubin, 1971; Mavissakalian, Blanchard, Abel, & Barlow, 1975), quando instruídos para o fazer. Os sujeitos disfuncionais também evidenciam capacidade de suprimir as suas erecções perante a apresentação de material erótico embora, ao contrário do que se verifica nos funcionais, apresentem mais dificuldades em identificar o tipo de estratégias cognitivas que utilizam para esse efeito e manifestem pouca consciência de serem bem-sucedidos (Beck, Barlow, & Sakheim, 1982), ou apresentem a tendência para subavaliar de uma forma sistemática os seus níveis de erecção (Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck, & Athanasiu, 1985; Sakheim, 1984).

Perante a distração provocada por estímulos de natureza não sexual no decorrer de visualização de material sexualmente explícito, os sujeitos sexualmente funcionais tendem a reagir com uma diminuição da resposta de excitação sexual ao passo que esta parece não ser afectada nos sujeitos disfuncionais, podendo mesmo ser incrementada. Também esta diferença fundamental entre homens com e sem dificuldades sexuais encontra substrato científico em alguns estudos. Geer e Fuhr (1976) procuraram avaliar os efeitos da distração na excitação sexual de sujeitos sexualmente funcionais utilizando um paradigma experimental que consistia na apresentação auditiva simultânea de dois tipos de estímulos diferentes. Verificaram que o aumento da atenção prestada à realização da tarefa distractiva (cálculo aritmético) fazia diminuir a atenção para os estímulos de conteúdo erótico, diminuindo consequentemente a resposta sexual. Outros estudos se seguiram utilizando diferentes modalidades experimentais e corroboraram a influência negativa da distração cognitiva no funcionamento sexual (Farkas, Sine, & Evans, 1979; Beck, Barlow, Sakheim, & Abrahamson, 1987) e outros mostraram que o seu efeito se verificava maioritariamente ao nível da resposta genital (tumescência peniana), mas não na excitação sexual experienciada subjectivamente (Przybyla & Byrne, 1984; Viglietta, 1982). Os dados provenientes de sujeitos sexualmente disfuncionais apontam num sentido diferente ao mostrar que estes



sujeitos, contrariamente aos funcionais, não apresentam uma diminuição do nível de erecção quando colocados perante uma tarefa distractiva (Abrahamson et al., 1985). Este facto é sugestivo de que os indivíduos sexualmente disfuncionais tendem a estar previamente focados em estímulos não eróticos e que perante a situação experimental verificar-se-ia apenas uma mudança do foco da atenção no estímulo não erótico (*e.g.*, da preocupação acerca do desempenho sexual para a realização de uma tarefa cognitiva), sem implicar contudo uma alteração ao nível de resposta sexual (Abrahamson et al., 1985). Estes dados não foram contudo replicados em estudos posteriores (Cranston-Cuebas, Williams, Mitchell, Barlow, & Jones, 1989; Weisberg, Weiner, Sbrocco, Brown, Bach, & Barlow, 1994). Abrahamson, Barlow e Abrahamson (1989) realizaram um outro estudo em que procuraram avaliar o efeito da utilização de uma tarefa distractiva neutra e de uma tarefa distractiva de conteúdo sexual na resposta genital apresentada por sujeitos funcionais e disfuncionais no decorrer da exposição a um filme erótico. Perante este cenário, os sujeitos funcionais apresentaram respostas erécteis superiores durante a distracção de cariz sexual e os sujeitos disfuncionais diminuíram a sua resposta sexual perante a tarefa distractiva sexual comparativamente à neutra. Estes dados mostraram que a resposta sexual dos sujeitos disfuncionais parece ser mais afectada por distracções cognitivas relacionadas com o próprio desempenho sexual do que com distracções de outra natureza. O conjunto destes dados parece sustentar a hipótese de que os sujeitos disfuncionais durante a actividade sexual focam a sua atenção em estímulos relacionados com a erecção e o desempenho sexual e que esse foco interfere negativamente com a sua resposta sexual.

Por fim, outra característica que parece discriminar entre homens sexualmente funcionais dos disfuncionais prende-se com o tipo de resposta sexual evidenciada perante a exigência de desempenho. Enquanto que perante a exigência de desempenho a resposta dos sujeitos funcionais parece não ser afectada, podendo mesmo ser facilitada, nos disfuncionais ela é inibida e acompanhada de mais afecto negativo. Estes dados vão buscar suporte empírico a diversos estudos. Lange e colaboradores (1981) procuraram operacionalizar os conceitos de papel de espectador e foco sensorial propostos por Masters e Johnson com o objectivo de avaliar a sua influência na resposta sexual de sujeitos funcionais. Os sujeitos eram instruídos para atingirem a erecção o mais rapidamente possível e mantê-la em níveis elevados durante o maior tempo exequível (condição papel de espectador), ou para se focarem nos estímulos sexuais e no prazer que daí retiravam (condição foco sensorial). Os resultados desta investigação não permitiram estabelecer diferenças nos níveis de resposta sexual dos sujeitos funcionais colocados perante as duas diferentes condições uma vez que

esta não mostrou ser influenciável pela presença de exigências explícitas de desempenho sexual. Este estudo reproduziu os resultados de uma anterior investigação conduzida por Farkas e colaboradores (1979) em que, utilizando um paradigma semelhante, se verificou que a manipulação da exigência de desempenho não tinha influência na resposta sexual em sujeitos funcionais. Heimam e Rowland (1983) procuraram utilizar um desenho experimental semelhante e alargaram a amostra a homens sexualmente disfuncionais. Os resultados obtidos mostraram que os homens disfuncionais apresentaram uma maior resposta genital na condição foco sensorial comparativamente à condição de espectador. Desta forma, contrariamente aos funcionais, a resposta sexual dos sujeitos disfuncionais mostrou ser negativamente influenciada pela presença de exigências de desempenho. O conjunto destes dados parece sugerir que o foco da atenção durante a actividade sexual pode não ser o elemento fundamental discriminativo entre os homens funcionais e disfuncionais mas antes a forma como os estímulos focados são interpretados (em termos de uma ameaça iminente para disfuncionais e a procura de estímulos indiciadores de sucesso e de prazer nos funcionais).

Quanto ao efeito dos estados emocionais na resposta de excitação sexual, para além dos estudos referidos anteriormente que manipularam a ansiedade, outros se realizaram para avaliar estados emocionais como a depressão. O estudo referido anteriormente de Wolchik e colaboradores (1980) procurou induzir respostas emocionais de depressão em homens funcionais e avaliar o seu impacto na resposta sexual no decorrer da posterior exposição a um filme erótico. Os resultados mostraram que a resposta sexual nos sujeitos na condição depressão foi mais afectada do que nas restantes condições. Alguns estudos laboratoriais destinados a avaliar o efeito dos estados emocionais na resposta sexual masculina também mostraram um efeito significativo do afecto deprimido em sujeitos disfuncionais, comparativamente aos funcionais, no decorrer da exposição a material de conteúdo erótico (Abrahamson, Barlow, Sakheim et al., 1985, Beck & Barlow 1986a, 1986b; Heiman & Rowland, 1983).

No seu conjunto, os dados apresentados são sugestivos de que estados afectivos e alguns processos cognitivos têm um impacto considerável na resposta sexual, servindo de ponto de partida para o desenvolvimento do modelo de Barlow (1986) e, simultaneamente, para a ruptura com os modelos clássicos de conceptualização das dificuldades sexuais.

Sbrocco e Barlow (1996) vêm acrescentar posteriormente a importância de outros componentes na conceptualização etiológica das dificuldades sexuais e que passamos a enunciar sucintamente. Um dos componentes centrais neste novo modelo diz respeito à vulnerabilidade esquemática ou ao conjunto de padrões e expectativas relacionadas com a

sexualidade (esquemas cognitivos) que desencadeiam pensamentos, emoções e comportamentos no decorrer da actividade sexual. Segundo os autores, os sujeitos disfuncionais tendem a apresentar uma maior rigidificação do conjunto de crenças sexuais e expectativas de desempenho sexual, que são irrealistas e inflexíveis e por isso facilitadoras de visões pessoais negativas, funcionando como um factor de vulnerabilidade determinante para o desenvolvimento das dificuldades sexuais (Sbrocco & Barlow, 1996). O défice de aptidões sexuais constitui outro componente central apresentado neste novo modelo teórico e refere-se à existência de um reportório limitado de comportamentos sexuais de que habitualmente os sujeitos disfuncionais são dotados (Beck et al., 1982; Byrne & Schulte, 1990; Goldfarb, Gerrard, Gibbons, & Plante, 1988), provavelmente resultantes de crenças sexuais conservadoras que dificultam a aprendizagem de reportórios sexuais diferentes e flexíveis. A inexistência de um reportório sexual diversificado tornará mais difícil o processo de ajustamento necessário para resolver a discrepância entre as expectativas e as respostas sexuais observadas. Outro componente deste modelo teórico refinado refere-se à existência de expectativas de desempenho negativas. De acordo com os autores, os sujeitos que apresentam dificuldades no processo de auto-regulação ou ajustamento dos comportamentos sexuais tendem a diminuir a confiança nas suas capacidades e a antecipar o fracasso. Por sua vez, as expectativas negativas resultantes dessa desconfiança na capacidade de auto-regulação estariam na base do desinvestimento e evitamento da tarefa, constituindo-se como um importante factor de manutenção da disfunção sexual. O último componente do modelo de auto-regulação da resposta sexual proposto por Sbrocco e Barlow (1996) compreende o desinvestimento e o evitamento activos ou cobertos da tarefa. A desistência coberta refere-se ao desinvestimento na tarefa sexual e estaria relacionada com o foco da atenção em estímulos não relacionados com a tarefa ao passo que desistência aberta ou activa consistiria no termo da tarefa sexual. Os autores defendem que a acumulação de experiências de insucesso acelera o processo de desistência da tarefa e pode conduzir ao evitamento da actividade sexual (Sbrocco & Barlow, 1996).

#### *1.4.3. O Modelo Cognitivo-Emocional de Nobre e Pinto-Gouveia*

Tendo como pano de fundo os princípios da teoria cognitiva (Beck, 1996), Nobre e colaboradores têm desenvolvido um conjunto de estudos empíricos destinados a explorar o papel de diferentes dimensões de natureza cognitiva e emocional no funcionamento sexual (Nobre, 2003; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a, 2006b, 2008, 2009; Nobre, 2010).

A investigação realizada com populações masculinas tem demonstrado que os sujeitos sexualmente disfuncionais diferem dos funcionais numa diversidade de variáveis disposicionais (*e.g.*, personalidade, afecto-traço), variáveis cognitivas (*e.g.*, crenças sexuais, esquemas cognitivos, pensamentos automáticos) e emocionais (*e.g.*, emoções durante a actividade sexual), oferecendo suporte empírico à importância destas dimensões na determinação do funcionamento sexual masculino. Para além da ênfase atribuída às referidas variáveis, é de destacar ainda a tentativa de integração de dimensões médicas, psicopatológicas e de variáveis relacionais nos modelos propostos para a resposta sexual masculina (Carvalho & Nobre, 2010).

Os estudos conduzidos no âmbito das variáveis cognitivas têm mostrado que os sujeitos sexualmente disfuncionais tendem a apresentar crenças sexuais disfuncionais relacionadas com a ênfase excessiva no desempenho sexual e crenças inadequadas relativamente à satisfação sexual feminina (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a; Nobre, 2010). No mesmo sentido vão os estudos acerca da activação de esquemas cognitivos em contexto sexual, cujos dados parecem apontar de uma forma bastante consistente para a tendência manifesta de homens sexualmente disfuncionais para activar com maior frequência esquemas cognitivos negativos quando confrontados com situações de insucesso sexual, atribuindo significados pessoais mais negativos comparativamente aos sexualmente funcionais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2009; Quinta Gomes & Nobre, 2012). Ainda, perante situações de natureza sexual os homens sexualmente disfuncionais apresentam mais pensamentos automáticos negativos relacionados com a exigência de desempenho sexual e antecipação do fracasso e suas consequências (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008), e experienciam concomitantemente mais emoções de tristeza, desilusão e medo, e menos emoções de prazer e satisfação sexual comparativamente aos homens sexualmente saudáveis (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b).

No seu conjunto, estes estudos têm oferecido um amplo suporte empírico ao modelo conceptual das disfunções sexuais proposto por Nobre, em especial para o modelo desenvolvido para a disfunção erétil (Nobre, 2010). O modelo de conceptualização desenvolvido para a disfunção erétil obedece aos princípios da teoria cognitiva e postula que a um nível central se encontram os esquemas cognitivos (crenças nucleares) responsáveis pela interpretação e atribuição de significado aos acontecimentos, em especial os esquemas que são activados em situações de insucesso sexual. Por definição, uma vez activadas por acontecimentos específicos (como por exemplo uma falha pontual na erecção em contexto sexual), estas estruturas cognitivas nucleares orientam o processamento da informação (*e.g.*, direccionado para estímulos não sexuais, irrelevantes para a tarefa), atribuem significado à

situação e desencadeiam um conjunto de respostas cognitivas (pensamentos automáticos) e emocionais congruentes que vão determinar a resposta sexual (Nobre, 2010).

Neste modelo proposto para a conceptualização da disfunção erétil, as crenças sexuais encontram-se num nível superior e consistem em ideias acerca da sexualidade que estipulam as regras para a activação dos esquemas cognitivos. Quando o acontecimento sexual cumpre a regra definida pela crença sexual (*e.g.*, crenças associadas à infalibilidade sexual), os esquemas cognitivos congruentes com o conteúdo da crença são activados, (*e.g.*, “sou incompetente”), facilitando a ocorrência de pensamentos acerca da exigência de desempenho e antecipação das consequências de uma má performance sexual (*e.g.*, “não posso falhar”). As respostas emocionais negativas decorrentes deste processo (*e.g.*, tristeza, desilusão) vão por sua vez interferir com o processamento dos estímulos sexuais e eróticos inerentes à situação e comprometer a resposta sexual. Os pensamentos automáticos e as respostas emocionais influenciam-se mutuamente e têm um papel importante na determinação da resposta sexual, funcionando como importantes factores de manutenção das dificuldades ao impedirem que o indivíduo foque a atenção nos estímulos sexuais e nas sensações de prazer associadas à actividade sexual. Por sua vez, a experiência de um mau desempenho sexual vai contribuir para uma maior probabilidade de activação dos esquemas cognitivos negativos numa futura situação sexual e criar condições para se instalar um ciclo vicioso (Nobre, 2010).

Para além das crenças sexuais, no modelo refinado proposto por Nobre (*in* Soares & Nobre, 2012) é postulada ainda a existência de factores mais gerais de vulnerabilidade para o desenvolvimento da disfunção erétil, como o neuroticismo, baixo afecto-positivo e elevado afecto-traço negativo, que encontra suporte empírico num conjunto de estudos realizados especificamente para testar os efeitos destas variáveis no funcionamento sexual masculino. Relativamente às dimensões gerais da personalidade, um estudo conduzido por Quinta Gomes e Nobre (2011) demonstrou que homens sexualmente disfuncionais apresentavam significativamente níveis mais elevados de neuroticismo comparativamente com os sujeitos sexualmente funcionais (após controlado o efeito da psicopatologia) e que esta dimensão da personalidade se constituiu como um preditor significativo negativo do funcionamento sexual masculino (Quinta Gomes & Nobre, 2011).

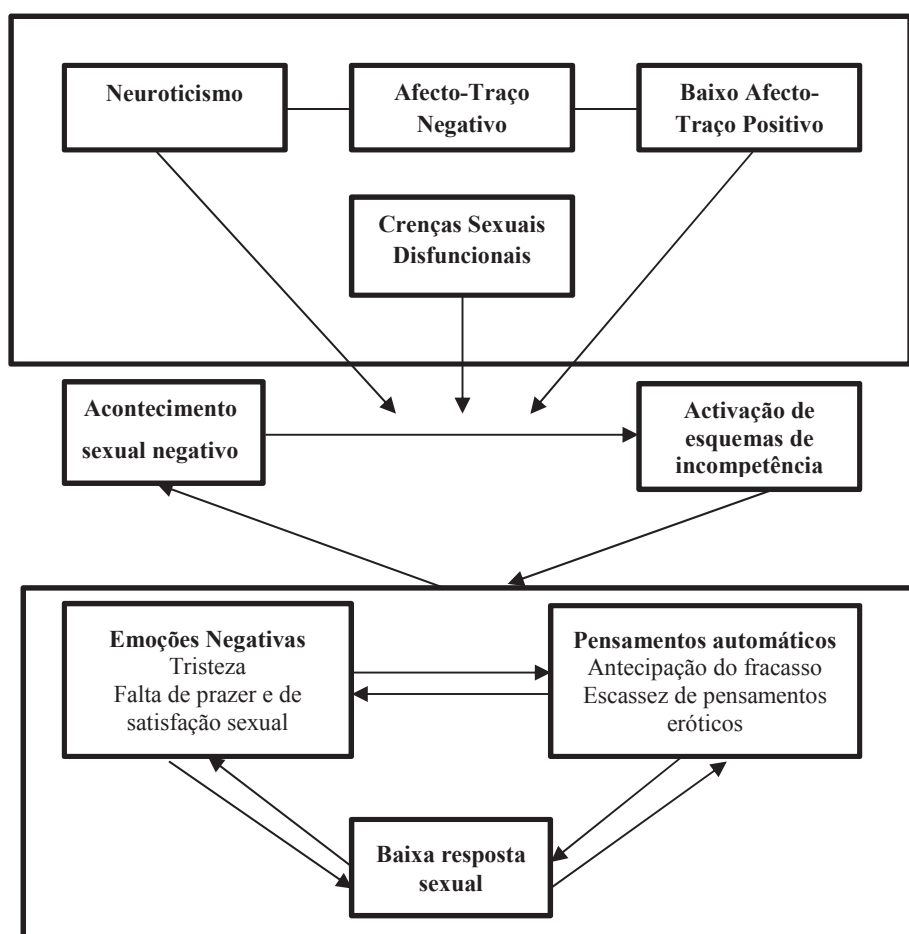
No mesmo sentido vão os estudos realizados no âmbito do afecto-traço. Num estudo preliminar acerca do papel desta dimensão no funcionamento sexual masculino, Quinta Gomes & Nobre (2009) verificaram que o afecto-traço positivo e o afecto-traço negativo mostraram ser ambos preditores significativos (preditor positivo e preditor negativo

respectivamente) do funcionamento sexual masculino e bons discriminadores entre sujeitos sexualmente funcionais e disfuncionais. Neste estudo, homens diagnosticados com disfunção sexual apresentaram simultaneamente níveis mais elevados de afecto-traço negativo e mais baixos de afecto-traço positivo (Quinta Gomes & Nobre, 2009). Ainda, utilizando uma amostra composta por sujeitos sexualmente funcionais, Peixoto e Nobre (no prelo) demonstraram que o afecto-traço negativo se constituía como um importante preditor negativo do funcionamento sexual masculino.

Na sua globalidade, estes dados sugerem que factores de vulnerabilidade mais gerais possam interagir com as crenças sexuais disfuncionais e moderar o processo de atribuição de significado às situações sexuais, e constituir-se assim como importantes factores de risco para o desenvolvimento de dificuldades sexuais masculinas (ver Figura 2).

Figura 2

*Modelo Cognitivo-Emocional (adaptado de Soares & Nobre, 2012)*



Desta forma, o modelo cognitivo-emocional proposto por Nobre constitui-se como um modelo conceptual para as dificuldades sexuais, largamente suportado por estudos empíricos

que atestam a importância da influência conjunta de variáveis psicológicas como os esquemas cognitivos, as crenças sexuais e os pensamentos automáticos apresentados no decorrer da actividade sexual, e as emoções experienciadas em contexto sexual. Para além de oferecer um importante contributo para a conceptualização das dificuldades sexuais à luz das teorias cognitivas, este modelo preconiza a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais, utilizadas com sucesso na avaliação e no tratamento das mais diversas perturbações emocionais, no tratamento das dificuldades sexuais.

#### *1.4.4. O Modelo do Controlo Dual de Bancroft e Janssen*

Embora reconhecendo o valor dos modelos cognitivos na conceptualização das dificuldades sexuais, Bancroft e Janssen (2001) propõem que se estenda a visão dos processos implicados na determinação da resposta sexual e considere a importância da vulnerabilidade individual para mecanismos neurofisiológicos de inibição da resposta eréctil, susceptíveis de interagir com aspectos mais vastos do processamento de informação (Bancroft, 1999). Na óptica dos autores, os modelos teóricos existentes conceptualizam a resposta sexual numa perspectiva unidimensional, considerando-a como resultado de um mecanismo central excitatório que se encontra activado ou desactivado perante estímulos de cariz sexual (Bancroft & Janssen, 2001). O modelo do controlo dual avançado por Bancroft e Janssen (2000) vem, assim, propor a existência de um mecanismo central de inibição para explicar a resposta sexual que opera de forma análoga ao de excitação e que pode também estar ou não estar activado em contextos sexuais, ao invés de a considerar simplesmente como resultante da ausência de excitação (Bancroft & Janssen, 2000; Janssen & Bancroft, 2007). À semelhança do que se verifica ao nível do sistema excitatório, os mecanismos inibitórios centrais da resposta sexual são adaptativos e têm um significado biológico transversal a todas as espécies ao inibirem a resposta sexual em situações onde a actividade sexual pode ser pouco vantajosa ou colocar o indivíduo em perigo (*e.g.*, o aumento de inibição que se segue à ejaculação tem um significado biológico adaptativo tal como o efeito do *stress* crónico na inibição do comportamento reprodutor) (Bancroft, 1999).

O modelo do controlo dual postula que os indivíduos variam entre si na propensão para a inibição e para a excitação sexual, sendo que a resposta sexual e os comportamentos associados numa determinada situação dependem do equilíbrio entre estes dois mecanismos centrais (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000). A maioria dos indivíduos tende a apresentar uma propensão típica e adaptativa para a inibição sexual mas variações extremas nesta dimensão podem originar comportamentos sexuais problemáticos. Por exemplo, o



modelo pressupõe que a existência de uma reduzida propensão para a inibição sexual pode colocar os indivíduos em risco de se envolverem em comportamentos sexuais de risco e, verificando-se o cenário oposto, ou seja, uma elevada propensão para a inibição sexual, especialmente se associada a uma baixa propensão para a excitação, pode torná-los mais susceptíveis ao desenvolvimento de dificuldades sexuais (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000, 2001; Janssen & Bancroft, 2007).

Embora o modelo assuma que a variabilidade individual para a excitação ou inibição sexual seja um traço estável que possa ter na sua base uma componente genética considerável, também reconhece que a aprendizagem e as experiências individuais possam desempenhar um papel importante na forma como essas tendências individuais se expressam. Ainda que as referidas dimensões sejam conceptualizadas enquanto traços de personalidade específicos do comportamento e da resposta sexual, e maioritariamente estudadas enquanto tal, os autores admitem a hipótese de poderem exercer igualmente a sua influência numa vertente estado na determinação da resposta sexual (Bancroft & Janssen, 2000; Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich, & Scott Long, 2005; Janssen & Bancroft, 2007).

Com o objectivo de operacionalizar os constructos de variabilidade individual para a inibição/excitação sexual inerentes ao modelo teórico proposto, Janssen e colaboradores (2002a) desenvolveram um instrumento de avaliação, o *Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales* (SIS/SES), que pretende avaliar os padrões típicos de resposta sexual (resposta genital ou excitação sexual subjectiva) dos indivíduos perante diferentes cenários. O SIS/SES descreve situações hipotéticas nas quais pode ocorrer a perda da resposta sexual em virtude de uma ameaça percebida a nível interno, como por exemplo a incapacidade para desempenhar sexualmente (SIS1 ou inibição sexual devida à ameaça de falha no desempenho), ou relacionadas com a antecipação de consequências negativas resultantes de actividade sexual (SIS2 ou inibição sexual devida à ameaça das consequências do desempenho, como a possibilidade de uma gravidez indesejada ou de contrair uma doença sexualmente transmissível), e situações não ameaçadoras e potencialmente excitantes do ponto de vista sexual (SES ou excitação sexual devido a determinadas interações sociais ou estímulos sensoriais) (Janssen, Vorst, Finn, & Bancroft, 2002a).

Embora o estudo factorial do instrumento tenha identificado duas dimensões de inibição sexual (SIS1 e SIS2), contrariamente à hipótese avançada inicialmente pelos autores, admite-se que essas dimensões possam traduzir sistemas de inibição distintos. Se, por um lado, o SIS1 poderá reflectir uma propensão intrínseca e estável para a falha de resposta sexual, provavelmente em virtude de um tónus inibitório de base elevado, por outro, o SIS2



poderá retratar uma inibição activada em resposta à percepção de uma ameaça externa numa situação em particular (Bancroft & Janssen, 2000; Janssen et al., 2002a). Os estudos de validação do instrumento realizados noutros países têm replicado a sua estrutura tri-factorial (Panzeri, Dèttore, Altoè, Zanella, Baldetti, & Janssen, 2008; Varjonen et al., 2007) e actualmente está também disponível uma versão feminina do questionário que tem sido utilizada em alguns estudos (Carpenter, Janssen, Graham, Vorst, & Wicherts, 2008; Graham, Sanders, & Milhausen, 2006; Milhausen, Graham, Sanders, Yarber, & Maitland, 2010; Sanders, Graham, & Milhausen, 2008).

A aplicação do modelo ao estudo da sexualidade tem resultado em duas grandes linhas de investigação, uma ligada à sua aplicação às disfunções sexuais (Bancroft & Janssen, 2000; Bancroft, et al., 2005) e outra aos comportamentos de risco sexual (Bancroft, Janssen, Carnes, Goodrich, Strong, & Long, 2004; Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic, & Long, 2003; Peterson, Janssen, & Heiman, 2010). Mais recentemente têm sido realizados alguns estudos que procuraram testar a aplicabilidade do modelo à agressão sexual (Carvalho & Nobre, 2011; Peterson et al., 2010).

No que toca à investigação realizada no âmbito do funcionamento sexual masculino, os estudos realizados têm utilizado preferencialmente amostras não clínicas e os resultados mostram uma tendência para o elevado poder preditivo de ambas as dimensões de inibição (positivo), em especial do SIS1, e em menor grau do SES (negativo) nas dificuldades erécteis (Janssen et al., 2002a). Um estudo exploratório envolvendo uma amostra composta por 867 homens recrutados numa universidade americana mostrou que as duas dimensões da inibição sexual se correlacionavam de forma modesta mas positiva com a idade e negativa com a dimensão de excitação sexual. As análises realizadas utilizando apenas os sujeitos mais velhos da amostra ( $N = 313$ , média de idades = 46 anos) e que referiram ter dificuldades erécteis mostraram que a idade e ambas as dimensões da inibição sexual, em especial o SIS1, se constituíam bons preditores da presença de dificuldades erécteis. A dimensão da excitação sexual mostrou ter apenas um efeito residual na presença de dificuldades erécteis mais recentes. Desta forma, os dados preliminares sustentam a hipótese da dimensão da inibição sexual poder reflectir uma vulnerabilidade intrínseca e estável para o desenvolvimento de dificuldades erécteis, cuja influência seria mais evidente com o avançar da idade, enquanto o SIS2 evidenciaria uma propensão para a inibição sexual em situações específicas, provavelmente relacionadas com a percepção de ameaças externas em contextos sexuais, e de carácter mais transitório (Bancroft, Graham, Janssen, & Sanders, 2009; Bancroft & Janssen, 2000; Janssen et al., 2002a).

A aplicação do modelo a amostras clínicas encontra-se ainda numa fase embrionária mas tem mostrado resultados consistentes com os estudos realizados com amostras não clínicas. Um estudo utilizando uma amostra composta por 146 homens diagnosticados com disfunção erétil revelou que o padrão de inibição/excitação sexual evidenciado pelos sujeitos com estas dificuldades era muito semelhante ao encontrado nos sujeitos que constituíram a amostra de controlo e que apresentavam algum grau de dificuldades erécteis (Bancroft et al., 2005). O potencial diagnóstico das dimensões de inibição/excitação sexual para a diferenciação etiológica da disfunção erétil (psicogénica, orgânica ou mista) ficou, contudo, por comprovar. Não obstante, uma análise mais aprofundada dos indicadores clínicos apresentados pelos sujeitos com disfunção erétil revelou alguns dados sugestivos. A título de exemplo, verificou-se que os homens que mantinham erecções matinais e durante a actividade masturbatória satisfatórias comparativamente às evidenciadas quando se envolviam em actividade sexual com uma parceira (indiciando uma etiologia psicológica), apresentaram significativamente mais SES e também uma tendência, embora não significativa, para apresentar menos SIS1, comparativamente aos sujeitos com condições orgânicas associadas ao mesmo tipo de dificuldades. Relativamente ao SIS2, apenas os homens com níveis marcados de ansiedade de desempenho ou que manifestaram o receio de ser rejeitados pelas parceiras em virtude das suas dificuldades se destacaram nesta dimensão, apresentando valores mais elevados de SIS2 e mais baixos de SES. De um modo geral, os dados sugerem que o SES, mais do que o SIS1, se poderá revestir de significado diagnóstico nas dificuldades erécteis. De facto, os níveis elevados de SES em homens com disfunção erétil sugestiva de etiologia psicológica parecem remeter para a integridade fisiológica da resposta erétil nestas situações clínicas, contrariamente ao verificado em indivíduos com condições médicas associadas e que apresentaram respectivamente valores mais baixos nesta dimensão (Bancroft et al., 2005).

Para além do modelo do controlo dual oferecer a possibilidade de uma conceptualização inovadora da resposta sexual masculina, poderá representar igualmente um ponto de viragem na abordagem futura ao tratamento da disfunção erétil. Por exemplo, o modelo sugere que a intervenção psicológica direccionada a aspectos problemáticos inerentes à dinâmica relacional entre os parceiros sexuais poderá beneficiar os sujeitos com elevações na dimensão do SIS2. Ainda, embora os sujeitos que apresentem dificuldades erécteis associadas a uma elevada propensão para o SIS1 possam beneficiar igualmente de intervenção psicológica direccionada à promoção do bem-estar relacional e sexual dos parceiros sexuais, a abordagem mais indicada nestes casos poderá passar pela combinação

entre esta modalidade terapêutica e outra de natureza farmacológica (Bancroft & Janssen, 2000, 2001).

Assim sendo, atendendo ao potencial teórico e terapêutico do modelo do controle dual, impõe-se a realização de mais estudos empíricos que visem clarificar o papel dos mecanismos de inibição/excitação sexual na resposta de excitação sexual masculina.

### ***1.5. Factores de Vulnerabilidade Psicológica para a Disfunção Erétil***

De seguida apresenta-se a revisão bibliográfica e o estado da arte relativos às variáveis propostas para investigação: dimensões de personalidade, afecto-traço, mecanismos de inibição e excitação sexual e auto-consciência sexual.

#### ***1.5.1. Dimensões de Personalidade***

A aplicação do estudo da personalidade ao campo da sexualidade humana tem possibilitado o desenvolvimento de novas e estimulantes linhas de investigação. A título de exemplo, os estudos realizados nas últimas décadas têm acompanhado de perto a realidade social marcada pela rápida disseminação das doenças sexualmente transmissíveis e oferecido um contributo científico notável para a compreensão das variáveis de personalidade envolvidas nas atitudes e comportamentos sexuais de risco (Barnes, Malamuth, & Cheek, 1984; Eysenck, 1976; Heaven, Fitzpatrick, Craig, Kelly, & Sebar, 2000; Meston, Trapnell, & Gorzalka, 1993; Miller, Lynam, Zimmerman, Logan, Leukefeld, & Clayton, 2004; Schenk & Pfrang, 1986).

Muito embora com menor impacto mas não menos relevância ou pertinência científica tem sido o estudo acerca da influência da personalidade ao nível do funcionamento sexual. De facto, os estudos acerca das características de personalidade implicadas nas disfunções sexuais são relativamente escassos na literatura e poucos se baseiam em modelos estruturados da personalidade ou utilizam instrumentos de avaliação robustos e cientificamente validados para a avaliação da personalidade, o que complica a comparação de resultados ou a possibilidade de replicação dos estudos. Contudo, parece ser relativamente consensual que alguns traços de personalidade são mais característicos em homens com dificuldades sexuais e os podem tornar mais susceptíveis ao desenvolvimento e manutenção dessas dificuldades (Ducharme, 2004; Segraves, 1987). A título de exemplo, há evidência que mostra que uma constelação de características de personalidade como o perfeccionismo (DiBartolo & Barlow, 1996), baixa tolerância à frustração e baixa auto-estima (Tondo, Cantone, Carta, Laddomada, Mosticoni, & Rudas, 1991), neuroticismo (Munjack, Oziel, Kanno, Whipple, & Leonard,

1981), erotofobia (Fisher, Byrne, White, & Kelley, 1988), sensibilidade interpessoal, sensibilidade à rejeição e *locus* de controlo externo (Rosenheim & Neumann, 1981), propensão para a inibição sexual e para experienciar ansiedade (Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich, Scott Long, 2005), são mais típicas nestes sujeitos e que podem estar, de alguma forma, relacionados com um tipo de dimensões mais globais de personalidade.

Tendo como pano de fundo o seu modelo tripartido da personalidade, Eysenck (1971, 1976) hipotetizou que os indivíduos com pontuações elevadas na dimensão da extroversão apresentariam atitudes mais favoráveis em relação ao sexo e por isso se envolveriam com maior frequência em práticas sexuais, com mais parceiros e apresentariam um reportório sexual mais diversificado. Por oposição, indivíduos com elevado neuroticismo apresentariam tendencialmente um maior número experiências sexuais negativas e dificuldades na esfera sexual, bem como atitudes negativas face ao sexo e um reportório sexual mais limitado. Os estudos conduzidos por Eysenck (1971) confirmaram posteriormente que a dimensão do neuroticismo se destacava particularmente em indivíduos com perturbações ao nível da esfera sexual, embora os estudos posteriores tenham apenas oferecido um modesto suporte empírico aos dados encontrados (Schenk, Pfang, & Rausche, 1983), ou revelaram mesmo a inexistência de uma relação entre o neuroticismo e o funcionamento sexual (Farley, Nelson, Knight, & Garcia-Colberg, 1977; Harris, Yulis, & Lacoste, 1980; Schenk & Pfang, 1986). Quanto à extroversão, os dados mostraram uma associação moderada entre esta dimensão e uma maior diversidade de experiências sexuais em amostras com homens (Schenk & Pfrang, 1986; Barnes, Malamuth, & Check, 1984) e mulheres (Bentler & Peeler, 1979).

Os resultados pouco consistentes e por vezes até contraditórios na avaliação da relação entre personalidade e funcionamento sexual sugerem que a utilização de um modelo compreensivo das dimensões gerais da personalidade, bem como a aplicação de um instrumento de avaliação cientificamente validado dos traços da personalidade, possa ser uma estratégia decisiva para a clarificação desta questão empírica. É neste contexto que o modelo dos cinco factores (*Five Factor Model*; FFM, Costa & McCrae, 1992) poderá oferecer o seu contributo ao estudo do funcionamento sexual.

É durante a década de oitenta e noventa que o FFM se edifica e estabelece como modelo de referência no domínio da Psicologia da Personalidade. Enquanto modelo de base atórica e essencialmente empirista, o FFM fundamenta-se em dados recolhidos por intermédio de investigações quantitativas e a partir da análise de descritores da personalidade codificados na linguagem (Lima & Simões, 2000; Pervin & John, 2004). Este modelo postula que os traços gerais da personalidade estão organizados numa estrutura penta-factorial e

sintetizados nas dimensões básicas da extroversão (E), neuroticismo (N), amabilidade (A), conscienciosidade (C) e abertura à experiência (O), integrando cada uma delas as respectivas facetas (ou os componentes mais específicos de cada dimensão) (McCrae & Costa, 1987). Embora os autores preconizem a forte componente biológica inerente aos traços da personalidade, reconhecem igualmente a existência de adaptações psicológicas aprendidas por intermédio da experiência, assim como, a interacção entre os traços e o ambiente social na orientação do comportamento do indivíduo (McCrae, 2006). Os traços da personalidade servem, pois, como importantes grelhas de interpretação do ambiente e de veículo de resposta a ele, determinando uma forma consistente e relativamente estável de pensar, sentir e agir de cada indivíduo ao longo do tempo e das situações (McCrae & Costa, 1996).

De acordo com McCrae e Costa (1987), o domínio do neuroticismo avalia a capacidade de adaptação dos sujeitos, ou o seu oposto, a instabilidade emocional. Elevados índices de neuroticismo encontram-se de forma mais acentuada em indivíduos com elevada vulnerabilidade ao *stress*, habitualmente caracterizados como preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, com tendência para experienciar mais afectos negativos (*e.g.*, ansiedade, depressão, raiva) e em maior intensidade, e com escassas estratégias de *coping*. Por oposição, sujeitos com baixas pontuações nesta dimensão são tipicamente caracterizados como emocionalmente estáveis, calmos, seguros, satisfeitos consigo próprios, lidando com situações de *stress* de forma eficaz e adaptativa (Lima, 1997; McCrae & Costa, 1987).

A segunda componente do modelo, a extroversão, avalia a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade para exprimir a alegria. Os indivíduos que pontuam alto neste domínio são tipicamente sociáveis, afirmativos, optimistas, assertivos, afectuosos e activos. Por oposição, pontuações baixas reflectem indivíduos menos sociáveis, mais distantes, tímidos e que manifestam comportamentos sociais mais reservados (Lima, 1997; McCrae & Costa, 1987).

A imaginação activa, a sensibilidade estética, a curiosidade intelectual e o juízo independente, são componentes do domínio de abertura à experiência. Os indivíduos com elevada abertura são curiosos em relação ao seu mundo interior e exterior, o seu repertório de experiências de vida é habitualmente muito rico, e encontram-se sempre disponíveis para aceitar novas ideias e valores. Por oposição, pouca abertura traduz-se na tendência para um funcionamento mais convencional e conservador e uma gama de interesses mais limitada (Lima, 1997; McCrae & Costa, 1987).

A dimensão da amabilidade avalia a quantidade de orientação interpessoal que varia num *continuum*, desde a compaixão ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções.

O sujeito com um elevado índice de amabilidade é altruísta, prestável, de confiança, caloroso e simpático para com o outro. De forma contrária, as pessoas que pontuam baixo nesta dimensão são habitualmente caracterizadas como desagradáveis, rudes, desconfiadas, pouco cooperativas, vingativas, manipuladoras e mais competitivas do que cooperativas (Lima, 1997; McCrae & Costa, 1987).

Por fim, subjacente à conscienciosidade encontra-se o grau de organização, persistência, motivação e perseverança no comportamento orientado para um determinado objectivo. O sujeito consciencioso tem força de vontade, é determinado, escrupuloso, pontual, organizado, trabalhador, disciplinado, ambicioso, perseverante e de confiança. Uma baixa pontuação neste domínio caracteriza indivíduos menos obstinados na prossecução dos seus objectivos, mais despreocupados, negligentes e com fraca força de vontade (Lima, 1997; McCrae & Costa, 1987).

As cinco dimensões propostas para a organização geral da personalidade têm recebido suporte empírico considerável (Ashton & Lee, 2001; Costa & McCrae, 1992; De Raad, Perugini, Hrebickova, & Szarota, 1998; John & Srivastava, 1999; McCrae, 1989; Trull & Geary, 1997) e podem ser avaliadas com grande precisão e validade através do *NEO-Personality Inventory* (*NEO-PI*; Costa & McCrae, 1985; McCrae & Costa, 1987), ou da sua versão abreviada, *NEO-Five Factor Inventory* (*NEO-FFI*; Costa & McCrae, 1992), cuja robustez assenta igualmente na sua ampla fundamentação empírica (McCrae & Costa, 1996; Woods & Hampson, 2005) e validade transcultural (McCrae & Costa, 1997; Thimm, 2010).

A operacionalização do modelo dos cinco factores nos referidos instrumentos de avaliação tem oferecido um importante contributo ao estudo da psicopatologia. De facto, a literatura científica é vasta no que respeita ao estudo da relação entre os traços gerais da personalidade e os diferentes quadros psicopatológicos, e tem destacado de uma forma bastante consistente a existência de fortes associações entre a dimensão do neuroticismo e diversas perturbações emocionais, como as perturbações de ansiedade e depressivas (Bienvenu, Samuels, Costa, Reti, Eaton, & Nestadt, 2004; Jankowsky, Morder, & Tancer, 2000; Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005; Samuels et al., 2000), perturbações da personalidade (Furnham & Crump, 2005; Lynam & Widiger, 2001; Samuel & Widiger, 2008; Saulsman & Page, 2004; Widiger & Costa, 2002), perturbações do comportamento alimentar (Ghaderi & Scott, 2000) e, mais recentemente, com a agressão sexual (Carvalho, 2011) e disfunções sexuais masculinas e femininas (Quinta Gomes & Nobre, 2009, 2011).

No que diz respeito à temática das disfunções sexuais, os estudos que procuraram cruzar as dimensões gerais da personalidade e o funcionamento sexual são ainda escassos e



mostram resultados pouco consistentes. Um estudo liderado por Fagan (1991) que envolveu uma amostra composta por 51 homens diagnosticados com disfunção sexual mostrou que a dimensão do neuroticismo se associava positivamente com a disfunção sexual (Fagan, Wise, Schmidt, Ponticas, Marshall, & Costa, 1991). Neste estudo, os autores analisaram o perfil de personalidade dos participantes com disfunção sexual e verificaram que este era em tudo semelhante ao evidenciado pelos homens do grupo de controlo, à excepção da dimensão do neuroticismo, na qual o grupo clínico apresentou pontuações médias mais elevadas comparativamente ao grupo de controlo (Fagan et al., 1991). Estes dados não foram contudo replicados em estudos posteriores envolvendo amostras clínicas de homens diagnosticados com disfunção erétil (Strand, Wise, Fagan, & Schmidt, 2002). Num estudo destinado a avaliar a sintomatologia depressiva em sujeitos com dificuldades erécteis, Strand e colaboradores (2002) verificaram que os cinco domínios da personalidade exibidos pelos participantes da sua amostra se encontravam dentro dos parâmetros normais. Kennedy e colaboradores (1999), por sua vez, verificaram uma associação entre dificuldades sexuais e índices elevados de neuroticismo e simultaneamente baixos de extroversão em amostras femininas, mas não em homens (Kennedy, Dickens, Eisfeld, & Bagby, 1999). O neuroticismo tem sido igualmente associado a níveis mais baixos de satisfação sexual e maior desconforto conjugal (Bradbury & Fincham, 1988; Gottman, 1994) e a extroversão a níveis mais elevados de desejo sexual e variedade de experiências sexuais mas não com disfunção sexual conforme demonstrado por Costa e colaboradores (Costa, Fagan, Piedmont, Ponticas, & Wise, 1992).

Mais recentemente, Quinta Gomes e Nobre (2011) procuraram clarificar o papel das dimensões da personalidade no funcionamento sexual masculino e avaliar a importância destas variáveis na diferenciação entre homens com e sem disfunção sexual. Utilizando uma amostra clínica composta por 24 homens diagnosticados com disfunção sexual e controlando o efeito da psicopatologia, os autores verificaram que os homens do grupo clínico apresentavam níveis significativamente mais elevados de neuroticismo comparativamente aos homens sexualmente funcionais. Este estudo demonstrou ainda que a dimensão do neuroticismo se constituía como a dimensão de personalidade que melhor predizia (negativamente) o funcionamento sexual masculino (Quinta Gomes & Nobre, 2011). O efeito do neuroticismo no funcionamento sexual feminino tem sido igualmente demonstrado (Quinta Gomes & Nobre, 2009).

De acordo com o exposto, o contributo do modelo dos cinco factores para a compreensão do funcionamento sexual em geral ainda carece de suporte empírico e a influência das dimensões da personalidade enquanto potenciais factores gerais de

risco/vulnerabilidade psicológica para o desenvolvimento e manutenção das dificuldades erécteis em particular permanece ainda uma questão empírica em aberto, pelo que se torna imprescindível a realização de mais estudos para a clarificação da relação entre estas variáveis.

### *1.5.2. Afecto-Traço*

Algumas conceptualizações teóricas vigentes acerca do funcionamento sexual consideram os estados afectivos como uma das componentes chave implicadas na resposta sexual. O modelo cognitivo-afectivo de Barlow (1986), por exemplo, preconiza que o tipo de resposta afectiva em situações sexuais constitui uma das principais características distintivas entre indivíduos sexualmente funcionais e disfuncionais. Perante a expectativa de desempenho sexual, os sujeitos sexualmente funcionais tendem a reagir com mais afecto positivo enquanto que nas mesmas circunstâncias os sujeitos sexualmente disfuncionais exibem tipicamente mais afecto negativo. A tonalidade afectiva predominante irá determinar a entrada em cena de outras variáveis mediadoras da resposta sexual (*e.g.*, foco de atenção, activação fisiológica) e resultar numa resposta de excitação sexual mais ou menos eficiente (Barlow, 1986).

Um conjunto significativo de investigações laboratoriais destinadas a avaliar o efeito do afecto na resposta sexual masculina tem oferecido suporte empírico ao modelo proposto por Barlow e revelado a existência de diferenças significativas entre homens com e sem disfunção sexual, com os primeiros a apresentar níveis mais elevados de afecto negativo e uma considerável diminuição de emoções relacionadas com afecto positivo no decorrer da exposição a estímulos eróticos, comparativamente aos segundos (Abrahamson et al., 1985; Beck & Barlow 1986a, 1986b; Heiman & Rowland, 1983). Mais importante, tem sido encontrada evidência que suporta a hipótese de que o factor afectivo distintivo entre sujeitos sexualmente funcionais e disfuncionais assenta mais na acentuada diminuição de emoções características do afecto positivo evidenciadas pelos últimos do que propriamente no predomínio de emoções típicas de afecto negativo. A título de exemplo, Rowland, Cooper e Heiman (1995) verificaram que homens sexualmente disfuncionais se diferenciavam dos funcionais pela ausência significativa de emoções positivas (*e.g.*, prazer, interesse) durante a visualização de filmes eróticos e não tanto pela predominância de emoções negativas (*e.g.*, preocupação, irritação, ansiedade) evidenciadas na mesma situação. No mesmo sentido vão os dados encontrados por Nobre e Pinto Gouveia (2006), que, numa série de estudos destinados a avaliar o papel dos factores cognitivo-emocionais na resposta sexual,



verificaram que homens com disfunção sexual apresentavam significativamente menos emoções positivas (*e.g.*, prazer e satisfação) durante a actividade sexual, embora também evidenciassem mais emoções negativas (*e.g.*, tristeza, desilusão e medo) nessas situações (Nobre & Pinto Gouveia, 2006). Estes dados sugerem que o humor depressivo, traduzido pela ausência ou diminuição de respostas emocionais positivas, se encontra fortemente associado às dificuldades sexuais e pode funcionar como um importante factor de manutenção dessas dificuldades.

Um número considerável de estudos experimentais tem igualmente salientado o efeito facilitador do afecto positivo na resposta de excitação sexual masculina, especialmente ao nível da resposta subjectiva, e um efeito negativo, embora menos consistente, do afecto negativo nessa mesma resposta (Koukounas & McCabe, 2001; Meisler & Carey, 1991; Mitchell et al., 1998; Nobre et al., 2004; Peterson & Janssen, 2007). Utilizando uma amostra composta por 15 homens sexualmente funcionais, Meisler e Carey (1991) verificaram que a indução de afecto negativo durante a visualização de estímulos de conteúdo erótico produzia um atraso significativo na resposta de excitação sexual subjectiva, comparativamente ao verificado na condição experimental de indução do afecto positivo. Neste estudo, a manipulação do afecto nas duas condições experimentais não produziu efeito diferencial ao nível da resposta de excitação sexual objectiva (tumescência peniana), embora estudos posteriores tenham mostrado esse efeito. A título de exemplo, Mitchell e colaboradores (1998) demonstraram o efeito diferencial do afecto positivo e negativo na resposta de excitação sexual masculina num grupo de 24 homens sexualmente funcionais. Os autores verificaram que o grupo de sujeitos na condição experimental onde se manipulou o afecto positivo apresentou um aumento significativo da resposta de excitação sexual subjectiva e da erecção durante a visualização de filmes eróticos comparativamente ao grupo de controlo. Por oposição, a indução de afecto negativo durante a visualização de filmes eróticos comprometia significativamente a resposta erétil dos sujeitos mas não a resposta sexual subjectiva. Ainda, num estudo envolvendo homens sexualmente funcionais, Nobre e colaboradores (2004) verificaram que o afecto positivo se correlacionava positivamente com a resposta sexual genital e subjectiva no decorrer da apresentação de filmes sexualmente explícitos, enquanto o afecto negativo mostrou ter um efeito relativamente independente, mostrando-se estar menos implicado na resposta sexual (Nobre et al., 2004).

Embora exista alguma evidência que aponte para um aumento do interesse e funcionamento sexual numa pequena percentagem de homens que experienciam estados emocionais negativos (Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic, & Scott Long, 2003;

Lykins, Janssen, & Graham, 2006), no seu conjunto, os estudos disponíveis parecem evidenciar o impacto negativo das emoções associadas à ausência de afecto positivo (humor depressivo) em oposição a emoções negativas (relacionadas com ansiedade) no funcionamento sexual. No entanto, o foco empírico dos estudos tem-se concentrado amplamente na componente estado<sup>1</sup> da dimensão do afecto (afecto-estado) e pouco se tem procurado saber acerca da influência da dimensão traço ou disposicional (afecto-traço) no funcionamento sexual masculino. Muito embora alguns modelos teóricos recentes (Nobre, 2010) realcem a importância da componente disposicional do afecto (*i. e.*, baixo afecto positivo e elevado afecto negativo) enquanto importante factor de vulnerabilidade para a disfunção erétil, até à data não dispomos de evidência científica suficiente que ofereça suporte empírico a esses pressupostos. Não obstante, alguns dados parecem sugerir a implicação do afecto-traço no funcionamento sexual masculino (Peixoto & Nobre, no prelo; Quinta Gomes & Nobre, 2009) e feminino (Oliveira & Nobre, no prelo).

Num estudo preliminar destinado a explorar o papel do afecto-traço no funcionamento sexual masculino, Quinta Gomes e Nobre (2009) verificaram que ambas as dimensões do afecto (afecto-traço positivo e afecto-traço negativo) se mostraram preditores significativos do funcionamento sexual masculino. Mais concretamente, os autores demonstraram que a dimensão positiva do afecto-traço era um preditor positivo do funcionamento sexual e a vertente negativa um preditor negativo. Ambas as dimensões do afecto-traço se mostraram igualmente boas discriminadoras entre sujeitos sexualmente funcionais e disfuncionais, sendo que homens diagnosticados com disfunção sexual apresentaram simultaneamente níveis mais elevados de afecto-traço negativo e mais baixos de afecto-traço positivo comparativamente aos sujeitos funcionais (Quinta Gomes & Nobre, 2009).

Num outro estudo, utilizando uma amostra composta por sujeitos sexualmente funcionais da população geral, Peixoto e Nobre (no prelo) demonstraram que o afecto-traço negativo se constituía como um importante preditor negativo do funcionamento sexual masculino e que a relação entre esta dimensão e o funcionamento sexual era parcialmente mediada pelo humor depressivo, embora não tenham sido encontrados efeitos significativos para a dimensão do afecto positivo (Peixoto & Nobre, no prelo).

---

<sup>1</sup> A distinção entre a vertente *estado* e *traço* das dimensões psicológicas assenta no pressuposto de que a primeira reflecte uma resposta transitória evidenciada por um indivíduo numa situação particular e a segunda se refere a características individuais que persistem e se mantêm relativamente estáveis ao longo do tempo e das situações (Hamaker, Nesselroade, & Molenaar, 2007).

Desta forma, o papel do afecto-traço enquanto factor de vulnerabilidade geral para a disfunção sexual em geral e para a disfunção erétil em particular ainda aguarda suporte empírico. Não obstante, e à semelhança do que tem sido proposto e amplamente demonstrado para as demais perturbações emocionais (Brown, Chorpita, & Barlow, 1998; Clark & Watson, 1991; Joiner, 1996; Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Strauss, & McCormick, 1995), a escassez de emoções associadas à dimensão do afecto-traço positivo e a presença de emoções típicas de afecto-traço negativo podem constituir importantes factores de risco para o desenvolvimento e manutenção da disfunção erétil.

Neste contexto, o Modelo Circular do Afecto proposto por Watson e Tellegen (1985) poderá oferecer um importante referencial teórico para o estudo acerca da implicação das dimensões disposicionais do afecto na disfunção erétil. Este modelo postula que a estrutura afectiva é constituída por duas dimensões ortogonais e independentes, o afecto positivo e o afecto negativo. Ambas as dimensões são passíveis de ser avaliadas, quer na sua vertente estado, quer na vertente traço, por intermédio da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Na sua vertente estado, o afecto positivo reflecte o nível de entusiasmo, interesse e satisfação de um indivíduo com vida, enquanto a dimensão traço caracteriza a propensão individual para experiências emocionais positivas e o sentimento generalizado de bem-estar, competência e envolvimento interpessoal (*i.e.*, afectividade positiva; Watson, Clark, & Carey, 1988). Por sua vez, o afecto-estado negativo revela o contexto emocional actual de um indivíduo caracterizado pelo nível de desconforto ou perturbação manifestados e integra uma grande variedade de estados de humor negativos incluindo medo, ansiedade, hostilidade e aversão. Na sua vertente traço, o afecto negativo refere-se à predisposição individual para experienciar emoções negativas que influenciam a cognição, o auto-conceito e a visão do mundo (*i.e.*, afectividade negativa; Watson et al., 1988). O facto das dimensões do afecto serem independentes não significa que a elevação numa das dimensões implique necessariamente a diminuição da outra, sendo que as ambas as dimensões podem co-ocorrer no mesmo indivíduo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a).

Assim, o estudo do perfil emocional de homens com disfunção erétil poderá oferecer um contributo importante para uma compreensão mais alargada das variáveis envolvidas neste tipo de dificuldades e clarificar a sua potencial influência enquanto factores de risco para a disfunção erétil.

### *1.5.3. Mecanismos de Inibição e Excitação Sexual*

O modelo do controlo dual representa uma forma diferente e inovadora de conceptualizar a resposta de excitação sexual ao preconizar que a interface entre os processos de natureza psicológica e os mecanismos fisiológicos implicados na resposta erétil assenta não apenas num amplo conjunto de factores de índole cognitiva (Barlow, 1986; Nobre, 2010), mas também em aspectos mais estruturais de base neurofisiológica (Bancroft & Janssen, 2000). O modelo proposto por Bancroft e Janssen (2000) baseia-se no pressuposto central de que a resposta de excitação sexual de um indivíduo numa determinada situação depende do equilíbrio entre mecanismos neurofisiológicos de inibição e de excitação sexual que ocorrem ao nível do sistema nervoso central. A vulnerabilidade individual para tais mecanismos centrais susceptíveis de interagir com aspectos mais vastos do processamento de informação na determinação da resposta e do comportamento sexual ganha, assim, especial relevância no âmbito deste modelo. Embora a activação dos sistemas de inibição e de excitação sexual seja considerada funcional e adaptativa para o indivíduo até determinado ponto, a propensão para níveis elevados de inibição sexual, especialmente se associada a uma baixa propensão para a excitação, podem torná-lo mais vulnerável ao desenvolvimento de dificuldades na resposta de excitação sexual (Bancroft, 1999; Bancroft & Janssen, 2000, 2001, Janssen & Bancroft, 2007).

A aplicação do modelo do controlo dual ao funcionamento sexual masculino tem-se centrado preferencialmente no estudo das dimensões de inibição/excitação sexual encontradas na população geral e tem oferecido um contributo considerável para a compreensão de diferentes aspectos da resposta e do comportamento sexual geral (Bancroft, Graham, Janssen, & Sanders, 2009). Os dados avançados com amostras não clínicas apontam para uma tendência para o elevado poder preditivo de ambas as dimensões de inibição (positivo), principalmente do SIS1, e em menor grau do SES (negativo) nas dificuldades eréteis, oferecendo algum suporte empírico ao modelo (Bancroft & Janssen, 2001; Janssen et al., 2002a; Janssen & Bancroft, 2007).

Janssen e colaboradores (2002a) reuniram uma amostra de 867 homens recrutados em meio universitário (estudantes e funcionários) e procuraram, num primeiro momento, avaliar o grau de associação entre as dimensões de inibição/excitação sexual e a idade. Os dados revelaram que as duas dimensões da inibição sexual se correlacionavam positivamente, embora de forma modesta, com aquela variável e negativamente com a dimensão de excitação sexual. Posteriormente, e limitando as análises apenas aos sujeitos mais velhos da amostra inicial ( $N = 313$ , média de idades = 46 anos), os autores avaliaram a relação entre as

referidas variáveis e a presença de dificuldades erécteis em dois momentos temporais distintos, nos três meses anteriores ao estudo ou em algum momento na vida. Os dados mostraram que ambas as dimensões da inibição sexual, assim como a idade, se mostraram bons preditores da presença de dificuldades erécteis até à data do estudo. Quanto à presença de dificuldades erécteis nos últimos três meses, apenas o SIS1 e a idade se revelaram bons preditores enquanto o SES se constituiu apenas um preditor negativo e fraco desta última condição. Estes dados eram sugestivos da relevância do SIS1 em predizer a presença de dificuldades erécteis em sujeitos da população geral e independentemente do período temporal avaliado, e também que esta dimensão da inibição sexual poderia reflectir uma vulnerabilidade para este tipo de dificuldades, mais intrínseca e estável, cujo efeito no funcionamento sexual poderá ser passível de ser amplificado com o avançar da idade. Por oposição, o SIS2 poderá reflectir uma propensão para a inibição sexual em situações específicas, provavelmente relacionadas com a percepção de ameaças externas em contextos sexuais, e por essa razão poder ter um carácter mais transitório e ser temporalmente mais abrangente (Bancroft et al., 2009; Bancroft & Janssen, 2000; Janssen et al., 2002a).

Os estudos realizados no âmbito deste modelo envolvendo amostras clínicas encontram-se ainda numa fase muito inicial mas têm mostrado resultados compatíveis com os encontrados nas amostras não clínicas. Utilizando uma amostra composta por 146 homens diagnosticados com disfunção erétil, Bancroft e colaboradores (2005) verificaram que o perfil de inibição/excitação sexual nestes sujeitos era muito semelhante ao encontrado na amostra de controlo composta por sujeitos da população geral que referiram ter dificuldades erécteis nos últimos três meses ou em algum momento da vida. No entanto, a análise comparativa dos grupos relativamente à idade identificou algumas diferenças, especialmente ao nível do SIS1. Enquanto na amostra de sujeitos sexualmente saudáveis a idade se correlacionava de forma modesta com o SES (negativa) e com o SIS1 e SIS2 (positiva), apontando para uma tendência simultânea para o declínio da propensão para a excitação sexual e do aumento da inibição com o avançar da idade, na amostra clínica verificou-se o mesmo padrão com excepção do SIS1 que apresentou uma correlação fraca (negativa) com a idade e também com o tempo de duração da disfunção erétil (positiva). Neste estudo procurou-se ainda verificar se as dimensões de inibição/excitação sexual se constituíam como diferenciadores diagnósticos da etiologia da disfunção erétil (psicogénica, orgânica e mista) mas os resultados revelaram-se pouco animadores (Bancroft et al., 2005).

Ainda no âmbito da mesma investigação, Bancroft e colaboradores (2005) procuraram aprofundar a relação entre alguns indicadores diagnósticos provenientes da avaliação clínica

realizada com os sujeitos sexualmente disfuncionais e constatarem alguns dados interessantes. Verificaram, por exemplo, que os homens que mantinham preservadas as erecções matinais e que apresentavam igualmente erecções de melhor qualidade durante a masturbação em comparação às evidenciadas quando se envolviam sexualmente com a parceira actual (dados sugestivos de disfunção erétil devida a factores psicológicos) apresentaram significativamente mais SES comparativamente aos sujeitos com condições orgânicas associadas às dificuldades eréteis, e também uma tendência, embora não significativa, para apresentar menos SIS1. Quanto ao SIS2, apenas os homens que evidenciaram níveis marcados de ansiedade de desempenho ou que manifestaram o receio de ser rejeitados pelas parceiras em virtude das suas dificuldades ao nível da erecção se destacaram nesta dimensão, apresentando valores mais elevados de SIS2 e mais baixos de SES (Bancroft et al., 2005). Na óptica dos autores, a evidência clínica preliminar avançada por este estudo é sugestiva de que o SES se constitui como um melhor indicador informativo do ponto de vista diagnóstico para a disfunção erétil comparativamente ao SIS1. De facto, os níveis elevados de SES encontrados em homens com disfunção erétil sugestiva de etiologia psicológica são consistentes com o facto de estes homens manterem uma capacidade erétil fisiológica normal na maioria das situações, por oposição ao verificado em indivíduos com condições médicas associadas. O facto de homens com patologia orgânica associada à disfunção erétil apresentarem valores mais baixos de SES é compatível com a existência de um eventual compromisso ao nível dos mecanismos periféricos da erecção (*e.g.*, devido a doença vascular) ou com a activação de mecanismos centrais que impliquem a redução do tónus excitatório e consequentemente interfiram com a erecção. Quanto ao SIS2, os autores referem que esta dimensão poderá reflectir a presença de ameaças contextuais uma vez que esta dimensão se verificou mais evidente em homens com tendência a exhibir dificuldades eréteis em virtude da antecipação de hostilidade por parte das parceiras ou do receio de rejeição das mesmas em resposta às dificuldades sexuais apresentadas (Bancroft et al., 2009; Bancroft et al., 2005).

Apesar de se reconhecer a importância de se realizarem mais estudos envolvendo amostras clínicas, os dados preliminares são consistentes com o pressuposto de que o SIS1 possa reflectir uma propensão individual (traço) para um tónus inibitório, na medida em que parece traduzir uma ameaça mais intrínseca e baseada na consciência aprendida do sujeito de que a falha na resposta erétil é espectável independentemente da situação, e que tende a persistir no tempo e a ser amplificada pelos efeitos fisiológicos associados à idade (factor de vulnerabilidade para a etiologia da disfunção erétil). Por oposição, o SIS2 parece reflectir

uma resposta ocasional de inibição sexual associado à percepção de uma ameaça externa em situações específicas (*e.g.*, problemas relacionais com a parceira, preocupação em contrair uma doença sexualmente transmissível ou gravidez indesejada), o que é compatível com as conceptualizações cognitivas que postulam que a percepção de uma ameaça em contextos sexuais pode ter um efeito directo na inibição neurofisiológica da resposta sexual e implicar o redireccionamento simultâneo da atenção para estímulos não sexuais da situação (distracção) (Barlow, 1986; Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen, 2000).

Desta forma, embora o modelo do controlo dual careça ainda de suporte empírico mais consistente na sua aplicação à disfunção eréctil, representa um grande potencial para a conceptualização da resposta de excitação sexual masculina e também para o tratamento individualizado em função do perfil de inibição/excitação sexual, pelo que se impõe a realização de mais estudos empíricos que visem clarificar o papel destas dimensões na resposta de excitação sexual masculina.

#### 1.5.4. Auto-Consciência Sexual

A temática referente à influência do foco da atenção durante a actividade sexual no funcionamento sexual desfruta já de uma longa tradição na literatura sexológica e remonta aos trabalhos pioneiros de Masters e Johnson sobre a resposta sexual. De facto, os precursores da terapia sexual propuseram que um dos mecanismos chave implicados na disfunção sexual estaria relacionado com a monitorização do indivíduo da sua própria performance sexual durante a actividade sexual com um parceiro, que dava pelo nome de *spectatoring* (Masters & Johnson, 1970). Ao assumir uma postura de espectador de si próprio durante a actividade sexual, o sujeito desvia a sua atenção dos aspectos sexuais da situação e das sensações de prazer provenientes da actividade sexual, o que dificulta a manutenção da excitação sexual e intensifica as preocupações relacionadas com o desempenho bem como o *spectatoring*. A distracção dos estímulos eróticos e de prazer evidenciada pelos sujeitos durante a actividade sexual assumia-se, assim, como um factor crucial nas conceptualizações etiológicas das disfunções sexuais propostas inicialmente por Masters e Johnson (1970) e posteriormente desenvolvidas por Kaplan (1974).

Mais tarde, no modelo que propõe para as disfunções sexuais, Barlow (1986) realça a importância da interferência cognitiva na resposta sexual e destaca o papel da interacção entre esta e a activação fisiológica na determinação da resposta sexual funcional e disfuncional. Perante a exigência de desempenho sexual, os indivíduos disfuncionais dirigem a sua atenção para estímulos não sexuais e irrelevantes para a tarefa sexual (*e.g.*, preocupação



com o desempenho sexual ou antecipação do fracasso e suas consequências), que é amplificado pelo aumento da activação fisiológica associada à ansiedade, enquanto nos sujeitos funcionais o foco da atenção está direccionado para os estímulos sexuais e sensações eróticas. Uma vez que a resposta de excitação sexual depende do processamento eficaz de estímulos de natureza sexual, os sujeitos sexualmente funcionais irão apresentar uma resposta de excitação adequada e cada vez mais eficiente com o aumento da activação fisiológica resultante da excitação sexual, enquanto os disfuncionais irão apresentar uma deterioração nessa mesma resposta, pela indisponibilidade em se centrarem nos estímulos eróticos e sexuais inerentes à situação sexual e pelas preocupações manifestadas, relacionadas com o desempenho (Barlow, 1986; Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen, 2000; Sbrocco & Barlow, 1996; van den Hout & Barlow, 2000; Wiegel, Scepkowski, & Barlow, 2007).

Diversos estudos experimentais têm demonstrado diferenças significativas entre homens sexualmente funcionais e disfuncionais no que toca ao foco da atenção exibido durante a exposição a estímulos sexualmente explícitos. No seu conjunto, os estudos têm sugerido que homens com dificuldades sexuais direccionam maioritariamente a sua atenção para estímulos não eróticos (externos ou internos) nestas situações, comprometendo a resposta de excitação sexual, contrariamente ao verificado nos sexualmente funcionais, cuja atenção se direcciona para os estímulos de natureza sexual que promovem a resposta sexual (Abrahamson et al., 1985; Abrahamson, Barlow, Sakheim, et al., 1985; Beck, Barlow, & Sakheim, 1983).

Abrahamson, Barlow, Sakheim e colaboradores (1985) testaram o efeito da distração na resposta de excitação em homens sexualmente funcionais e disfuncionais e verificaram que os sujeitos funcionais apresentavam uma significativa diminuição da tumescência peniana durante a apresentação simultânea de estímulos eróticos e de uma tarefa cognitiva distractiva. Um dado curioso neste estudo foi o de que perante a mesma situação experimental a resposta de excitação sexual manifestada pelos sujeitos disfuncionais não mostrou ser afectada pela tarefa distractiva, embora os sujeitos subestimassem de uma forma consecutiva o grau de erecção evidenciado. Perante estes resultados, os autores avançaram com a hipótese de que os homens com disfunção erétil se encontrariam previamente distraídos do estímulo de conteúdo erótico apresentado e focados em estímulos não eróticos (*e.g.*, preocupações relacionadas com o desempenho sexual), verificando-se apenas uma mudança no foco da atenção desse estímulo não erótico (preocupações relacionadas com o desempenho sexual) para outro igualmente não erótico (tarefa cognitiva), sem com isso implicar um compromisso na resposta sexual.



Na mesma linha experimental, Abrahamson, Barlow e Abrahamson (1989) avaliaram o efeito da apresentação de uma tarefa distractiva neutra (não sexual) e de uma tarefa distractiva de conteúdo sexual na resposta genital de homens com e sem disfunção sexual durante a apresentação de estímulos eróticos. Os resultados mostraram que os homens sexualmente saudáveis apresentavam respostas de excitação sexual mais elevadas perante a tarefa distractiva de natureza sexual enquanto a resposta sexual dos sujeitos disfuncionais era afectada pela mesma e não tanto pela tarefa distractiva neutra, corroborando a ideia de que homens com dificuldades sexuais tendem a direccionar a sua atenção para informação relacionada com a exigência de desempenho sexual, considerada ameaçadora, que interfere com a resposta de excitação.

Embora estes estudos mostrem que a resposta genital dos sujeitos disfuncionais permaneça pouco afectada no decorrer da apresentação de tarefas distractivas neutras, outros estudos apontam no sentido inverso. Num estudo laboratorial desenhado para testar o efeito da distracção neutra na resposta de excitação sexual em homens sexualmente funcionais e disfuncionais, van Lankveld e van den Hout (2004) verificaram que as respostas genitais em ambos os grupos eram inibidas pela tarefa distractiva e não apenas as dos sujeitos funcionais. Este dado novo é contudo justificado pelo teor da tarefa distractiva utilizada neste último estudo (realização de tarefas de manipulação de dígitos de acordo com instruções verbais), considerada mais competitiva e interferente comparativamente às tarefas utilizadas em estudos anteriores (van Lankveld & van den Hout, 2004).

Outros estudos demonstraram ainda um efeito interactivo entre o foco de atenção e o nível de excitação sexual do parceiro em sujeitos funcionais e disfuncionais. Beck e colaboradores (1983) avaliaram o efeito da instrução acerca do foco da atenção (no próprio *vs.* no parceiro) e do nível de activação sexual do parceiro (baixo, alta ou ambígua) na resposta sexual e verificaram que o foco de atenção no parceiro evidenciando níveis elevados de activação sexual produzia respostas de erecção mais elevadas em sujeitos funcionais comparativamente à condição de auto-focus nos mesmos sujeitos, contrariamente ao verificado nos sujeitos com dificuldades sexuais que apresentaram níveis de erecção mais baixos quando focavam a atenção no parceiro com activação sexual elevada do que quando se focavam em si próprios. Estes dados foram posteriormente replicados num estudo utilizando uma amostra de sujeitos funcionais e parecem indicar que a diferença entre homens sexualmente funcionais e disfuncionais parece assentar no facto de os primeiros interpretarem a exigência de desempenho sexual (operacionalizada por um parceiro sexual muito excitado) como sexualmente estimulante, utilizando-a por conseguinte como um incentivo sexual

adicional, enquanto os segundos a interpretam como ameaçadora e dirigem a sua atenção para as preocupações relacionadas com a performance (Abrahamson, Barlow, Beck, et al., 1985).

Num estudo semelhante, Heiman e Rowland (1983) instruíram sujeitos com e sem dificuldades sexuais para se concentrarem nas sensações internas decorrentes da excitação sexual (foco sensorial) ou para potenciarem ao máximo a sua excitação sexual (exigência de desempenho) durante a apresentação de um estímulo sexual auditivo. Os homens funcionais manifestaram um aumento na resposta sexual na condição de exigência de desempenho enquanto os sexualmente disfuncionais evidenciaram respostas mais fortes na condição de foco sensorial. Este dado oferece evidência adicional para o facto de homens sexualmente funcionais alcançarem mais excitação sexual quando se focam em estímulos sexuais e estão perante uma situação de exigência de desempenho, enquanto os disfuncionais revelam menos excitação nas mesmas situações. O foco da atenção na resposta genital também parece interferir com a resposta sexual em sujeitos sem dificuldades sexuais, funcionando como um estimulante quando essa resposta é elevada e inibindo-a quando é baixa (Sakheim, Barlow, Beck, & Abrahamson, 1984).

No seu conjunto, estes dados sugerem que sujeitos funcionais e disfuncionais diferenciam-se pelo facto dos últimos dirigirem a atenção para estímulos não eróticos perante a exigência de desempenho, por oposição ao que se tem verificado experimentalmente em relação aos primeiros. Estudos mais recentes acerca do conteúdo dos pensamentos durante a actividade sexual parecem oferecer um suporte adicional aos estudos sobre o foco da atenção ao indicarem que no decorrer da actividade sexual os sujeitos sexualmente disfuncionais focam mais a sua atenção nas consequências públicas de um mau desempenho sexual e noutros estímulos não eróticos. A título de exemplo, Nobre e Pinto Gouveia (2008) mostraram que homens com disfunção sexual apresentaram significativamente uma maior frequência de pensamentos relacionados com a erecção e a penetração sexual, pensamentos de antecipação de fracasso e uma acentuada escassez de pensamentos eróticos no decorrer da actividade sexual, comparativamente aos funcionais. Outros estudos parecem apontar no mesmo sentido e mostram uma maior frequência de pensamentos não eróticos relacionados com desempenho sexual e consequências emocionais da actividade sexual em sujeitos com dificuldades sexuais (Nelson & Purdon, 2011; Purdon & Holdaway, 2006; Purdon & Watson, 2011). Estes dados parecem indicar que o conteúdo dos pensamentos manifestados pelos homens disfuncionais durante a actividade sexual interfere com o processamento cognitivo dos estímulos sexuais e eróticos inerentes à situação sexual, afastando o foco da atenção desses estímulos e orientando-o para outros relacionados com o desempenho e as suas

consequências, dificultando a resposta sexual (Nelson & Purdon, 2011; Nobre & Pinto-Gouveia, 2008; Purdon & Holdaway, 2006; Purdon & Watson, 2011).

Apesar da generalidade dos estudos empíricos disponíveis, destinados a avaliar o impacto da atenção auto-focada na resposta sexual, se tenha centrado maioritariamente na sua dimensão estado, alguns autores têm sugerido que uma vertente mais estável do auto-focus em situações sexuais, também designada por auto-consciência sexual, possa ser uma característica do funcionamento cognitivo de sujeitos com dificuldades sexuais, e que ambas as dimensões possam interagir e exercer o seu efeito no funcionamento sexual (van Lankveld, van den Hout, & Schouten, 2004).

A auto-consciência sexual, ou a propensão disposicional para o auto-focus em situações sexuais, caracteriza-se, à semelhança da auto-consciência geral (Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975), por uma dimensão privada que consiste na tendência do sujeito para focar a atenção internamente (*i. e.*, nas suas sensações físicas, pensamentos e sentimentos) e numa vertente pública em que o foco da atenção está em sinais provenientes do exterior (*i. e.*, habitualmente nos sinais emitidos pela sua parceira) que o sujeito utiliza para avaliar o seu comportamento ou desempenho sexual (van Lankveld, Geijen, & Sykora, 2008). Embora esta linha de investigação se encontre numa fase muito inicial, existe já alguma evidência disponível que aponta para a importância da vertente traço do auto-focus em situações sexuais na modulação da resposta sexual.

Num estudo conduzido por van Lankveld e colaboradores (2004) utilizando amostras de homens sexualmente funcionais e disfuncionais verificou-se um efeito de interacção significativo entre a atenção auto-focada induzida experimentalmente (*i.e.*, a vertente estado) e auto-consciência sexual na resposta genital. Aquando da indução do auto-focus durante a visualização de filmes eróticos, a resposta genital era significativamente inferior em homens com e sem disfunção sexual que apresentavam pontuações prévias mais elevadas na dimensão privada da auto-consciência sexual, e maior em homens com pontuações inferiores na mesma dimensão traço. Este efeito de interacção foi replicado em estudos posteriores envolvendo mulheres sexualmente funcionais (van Lankveld & Bergh, 2008).

O referido estudo de van Lankveld e colaboradores (2004) mostrou ainda que a atenção auto-focada *per se* não mostrou ter um efeito na inibição da resposta genital, contrariamente ao verificado com a exigência de desempenho. Segundo os autores, os dados evidenciados seriam sugestivos de um efeito cumulativo ao nível da resposta sexual entre a disposição para a auto-consciência sexual e o auto-focus induzido situacionalmente, e que o auto-focus em determinado grau poderá ser necessário para fornecer um feedback adequado

das respostas fisiológicas do sujeito à estimulação erótica. Assim, a associação entre uma baixa propensão para direccionar a atenção para o próprio sujeito e a inexistência de pressão para estar auto-focado poderá resultar num decréscimo da atenção para a auto-informação necessária para sustentar a excitação sexual. Por oposição, a atenção auto-focada em demasia poderá interferir com a excitação genital ao esgotar a capacidade atencional necessária ao processamento dos estímulos sexuais eróticos inerentes à situação sexual (van Lankveld et al., 2004).

Quanto às vertentes pública e privada da auto-consciência sexual, os dados disponíveis apontam para diferenças significativas entre sujeitos sexualmente funcionais e disfuncionais nas duas dimensões. No estudo mencionado de van Lankveld e colaboradores (2004), os homens sexualmente disfuncionais pontuaram significativamente mais na dimensão pública da auto-consciência sexual e mostraram uma tendência para pontuações mais elevadas na dimensão privada da auto-consciência sexual comparativamente aos sujeitos funcionais. Os dados encontrados no estudo de validação do *Sexual Self-Consciousness Scale* (SSCS; van Lankveld et al., 2008) apontam no mesmo sentido ao mostrar um efeito significativo de grupo (funcional vs. disfuncional) nas duas dimensões da auto-consciência sexual. Em contexto sexual, a propensão para a auto-consciência sexual distingue homens e mulheres sexualmente disfuncionais dos funcionais, sendo que os primeiros pontuam significativamente mais em ambas as dimensões privada e pública de auto-consciência sexual o que poderá interferir com o processamento dos estímulos eróticos inerentes à situação sexual e consequentemente comprometer a resposta sexual (van Lankveld et al., 2008).

Embora esteja disponível alguma evidência científica acerca do papel da vertente traço do auto-focus no funcionamento sexual impõe-se a realização de mais estudos empíricos que testem o seu efeito no funcionamento erétil.

## **1.6. Conclusão**

A disfunção erétil é actualmente considerada um problema de saúde pública que afecta muitos milhares de homens em todo o mundo e que contribui largamente para uma diminuição significativa da qualidade de vida do indivíduo e do casal (Althof et al., 2005; Basson et al., 1998; Laumann et al., 1999).

As taxas de prevalência de dificuldades érrecteis encontradas em Portugal parecem acompanhar a tendência verificada em estudos epidemiológicos internacionais, constituindo-se como uma das queixas sexuais mais frequentemente encontradas em homens sexualmente activos da população geral e que regista uma maior incidência com o avançar da idade

(Quinta-Gomes & Nobre, no prelo; Teles et al., 2008). Ao nível das populações clínicas, a disfunção erétil é o problema sexual mais frequentemente apresentado por homens (e suas parceiras) que procuram ajuda especializada (Nobre et al., 2006).

O reconhecimento por parte da comunidade clínica e científica da interface entre factores psicológicos e mecanismos fisiológicos na determinação da resposta erétil preconiza a utilização de uma abordagem holística e integradora na conceptualização e no tratamento deste quadro clínico, e impõe a clarificação das variáveis psicológicas que se possam constituir como factores de predisposição ou de risco para a disfunção erétil. Se por um lado a literatura teórica e empírica acerca do papel das variáveis de natureza cognitiva e emocional no funcionamento sexual masculino tem proliferado nos últimos anos (*e.g.*, Barlow, 1986; Mitchell et al., 1998; Nobre, 2010; Quinta-Gomes & Nobre, 2009, 2011; Wiegel et al., 2007), por outro regista-se a pouca atenção dedicada ao papel de variáveis disposicionais no desenvolvimento e manutenção das dificuldades sexuais.

Tendo em consideração o *background* teórico e empírico apresentado ao longo deste capítulo, o presente trabalho tem como principal objectivo clarificar o papel de um conjunto de variáveis disposicionais gerais (dimensões da personalidade, afecto-traço) e específicas do comportamento sexual (auto-consciência sexual, excitação/inibição sexual) na resposta de excitação sexual masculina, conceptualizadas como potenciais factores de risco ou de vulnerabilidade psicológica para o desenvolvimento e/ou manutenção da disfunção erétil. Este estudo é inovador ao alargar o âmbito da aplicação destas variáveis ao funcionamento erétil e ao avaliar de uma forma sistemática o seu contributo relativo, quando testadas em conjunto, em homens Portugueses com e sem disfunção erétil.

Tendo em conta uma perspectiva biopsicossocial, este estudo poderá ter repercussões consideráveis na consolidação dos conhecimentos científicos acerca dos mecanismos psicológicos disposicionais envolvidos no funcionamento erétil e as implicações clínicas decorrentes podem revelar-se de elevado valor terapêutico no tratamento integrado da disfunção erétil e na promoção da saúde sexual masculina e conjugal.



## Capítulo 2

---

### Metodologia





## Metodologia

### 2. Introdução

O presente trabalho envolveu a participação de um total de 1,274 indivíduos da população Portuguesa. Os participantes integraram diferentes grupos de acordo com os objectivos delineados para cada um dos quatro estudos apresentados. Para os estudos de validação das versões Portuguesas do *SSCS* e do *SIS/SES* (Estudo I) recorreu-se a duas amostras distintas. O estudo da adequabilidade psicométrica do *SSCS* foi realizado utilizando uma amostra que reuniu 154 homens e 164 mulheres, estudantes de diferentes cursos da Universidade de Aveiro, e o estudo de validação do *SIS/SES* utilizou um grupo independente de participantes composto por 370 homens e 373 mulheres da população geral. Para a realização do estudo exploratório das variáveis sujeitas a investigação (Estudo II), foram recrutados 137 indivíduos do sexo masculino em quatro instituições do Ensino Superior em Portugal (Universidade de Aveiro, Universidade de Coimbra, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Superior de Engenharia de Coimbra). Parte deste grupo foi utilizado, juntamente com 23 participantes não universitários recrutados na população geral, na composição das amostras de controlo utilizadas nos estudos comparativos entre homens com e sem disfunção erétil (Estudo III) e entre grupos clínicos com diferentes factores de risco associados à disfunção erétil (Estudo IV). Os dois grupos clínicos utilizados neste trabalho foram compostos por um total de 53 homens diagnosticados com disfunção erétil (APA, 2000), provenientes de serviços especializados em Urologia, Andrologia e Sexologia Clínica/Médica de dois estabelecimentos de saúde públicos do Serviço Nacional de Saúde: Serviço de Urologia/Andrologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Consulta de Sexologia Clínica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. e Consulta de Sexologia Médica do Centro Hospitalar de Coimbra E.P.E.. Tendo em conta as características clínicas evidenciadas pelos sujeitos e os factores de risco identificados para a disfunção erétil (presumível etiologia), um dos grupos clínicos integrou 37 homens diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos (grupo utilizado no Estudo III e IV) e, o outro, os restantes 16, com o subtipo devido a factores combinados (APA, 2000) (grupo utilizado no Estudo IV).

De seguida, apresentam-se os dados relativos à caracterização sócio-demográfica dos grupos utilizados em cada estudo e descreve-se detalhadamente o conjunto de procedimentos realizados na selecção dos participantes e na recolha dos dados. A descrição dos instrumentos

de avaliação e dos procedimentos estatísticos utilizados no tratamento dos dados para cada estudo é igualmente apresentada.

## 2.1. Participantes

### 2.1.1. Estudo I: Estudos de validação da versão Portuguesa da Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS) e das Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)

Nos estudos para a validação da *SSCS*, ou *Escala de Auto-Consciência Sexual* segundo a designação Portuguesa adoptada, participaram 318 estudantes universitários (154 homens e 164 mulheres) com idades compreendidas entre os 18 e os 47 anos (homens:  $M = 22.5$ ,  $DP = 4.6$ ; mulheres:  $M = 21.8$ ,  $DP = 4.8$ ). Conforme se verifica na Tabela 1, o estado civil predominante foi o de solteiro (cerca de 96% homens e 90% mulheres), seguindo-se o de casado ou a viver em união de facto (aproximadamente 5% homens e 10% mulheres) (Tabela 1).

Tabela 1

*Características sócio-demográficas da amostra universitária ( $N = 318$ ).*

	Idade (Anos)			Estado Civil <i>n</i> (%)		
	M	DP	Intervalo	Solteiro	Casado/União Facto	Divorciado/Viúvo
Homens						
( <i>n</i> = 154)	22.5	4.6	18-47	147 (95.5)	7 (4.5)	0 (0)
Mulheres						
( <i>n</i> = 164)	21.8	4.8	18-47	148 (90.2)	16 (9.7)	0 (0)

De forma a garantir a análise psicométrica adequada das *Escalas de Inibição e Excitação Sexual*, *SIS/SES* na versão original, principalmente no que respeita à componente factorial, o estudo de validação deste instrumento foi realizado com uma amostra mais alargada da população geral ( $N = 743$ ). Esta amostra foi constituída por 370 homens e 373 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 86 anos (homens:  $M = 38.8$ ,  $DP = 15.8$ ; mulheres:  $M = 34.1$ ;  $SD = 14.1$ ), provenientes da comunidade e de instituições universitárias. No que respeita ao estado civil e conforme ilustrado pela Tabela 2, verificou-se o predomínio de indivíduos casados ou a viver em regime de coabitação (55%), seguido dos solteiros e

divorciados/viúvos (39% e 7% respectivamente) na amostra masculina, e das solteiras (47%), seguidas das casadas/em coabitação (45%) e por fim as divorciadas/viúvas (7%) na amostra feminina. Quanto ao nível de instrução, verificou-se que a maioria dos homens (48%) e das mulheres (38%) desta amostra apresentaram frequência escolar que os situava em torno do Ensino Básico, cerca de 31% dos homens e 32% das mulheres referiu ter frequentado o Ensino Secundário e 22% dos homens e 30% das mulheres o Ensino Superior (Tabela 2).

Tabela 2

*Características sócio-demográficas da amostra da comunidade (N = 743).*

	Homens (n = 370)	Mulheres (n = 373)
Idade (anos)		
M	38.8	34.1
DP	15.8	14.1
Intervalo	18-86	18-75
Estado Civil	%	%
Solteiro	38.9	47.4
Casado/União Facto	54.6	45.3
Divorciado/Viúvo	6.5	7.3
Habilitações Literárias	%	%
0-9 anos	47.9	37.8
10-12 anos	30.5	31.8
Mais de 13 anos	21.6	30.4

### *2.1.2. Estudo II: Preditores do funcionamento erétil numa amostra universitária: Estudo exploratório acerca do papel de variáveis disposicionais*

Neste estudo participaram 137 estudantes universitários do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos (M = 24.7, DP = 5.6). Tratando-se de uma amostra universitária, o estado civil predominante foi o de solteiro (86%), seguindo-se o de casado ou a viver em união de facto (10%) e, por fim, o de divorciado/separado/viúvo (4%) (Tabela 3).

Tabela 3

*Características sócio-demográficas da amostra universitária (N = 137).*

Idade (Anos)				Estado Civil n (%)		
Amostra universitária	M	DP	Intervalo	Solteiro	Casado/União Facto	Divorciado/Viúvo
	24.7	5.6	18-50	117 (86)	14 (10.3)	5 (3.7)

Conforme demonstrado na Tabela 4, cerca de 98% dos participantes referiu ter uma orientação sexual heterossexual e 66% indicou estar numa relação afectiva com uma parceira. No que respeita à frequência de actividade sexual, 14% dos sujeitos afirmou ter actividade sexual quase sempre (diária), 41% referiu ter actividade sexual uma a três vezes por semana, 24% referiu ter duas a três vezes por mês e cerca de 21% admitiu praticá-la muito raramente.

A maioria dos participantes referiu ter actualmente apenas um parceiro sexual (75%), 2% referiu ter pelo menos dois parceiros sexuais actuais, cerca de 7% dos sujeitos admite ter múltiplos parceiros sexuais actuais e 16% refere não ter nenhum parceiro sexual actual. Cerca de 2% dos participantes deste estudo referiram história prévia de abuso sexual (Tabela 4).

Do ponto de vista da saúde mental, aproximadamente 17% dos participantes referiu ter história psiquiátrica ou encontrar-se actualmente a realizar terapia farmacológica (8% perturbações de ansiedade, 7% perturbações depressivas e 2% abuso/dependência de substâncias) (Tabela 4).

Tabela 4

*Caracterização dos sujeitos da amostra universitária (N = 137).*

Amostra universitária	
Orientação Sexual	n (%)
Heterossexual	135 (98.5)
Homossexual	1 (.7)
Não Responde	1 (.7)
Relação afectiva actual	n (%)
Sim	90 (65.7)

Número de parceiros sexuais actuais	<i>n</i> (%)
Nenhum parceiro sexual	23 (16.2)
Um parceiro sexual	102 (75)
Dois parceiros sexuais	3 (2.2)
Múltiplos parceiros sexuais	9 (6.6)
Frequência de actividade sexual	<i>n</i> (%)
Raramente	28 (20.6)
2 ou 3 vezes por mês	33 (24.3)
1 a 3 vezes por semana	56 (41.2)
Quase sempre (diária)	19 (14)
Vítima de abuso sexual	<i>n</i> (%)
Sim	2 (1.5)
Não Responde	4 (2.9)
Psicopatologia diagnosticada	<i>n</i> (%)
Perturbação Depressiva	10 (7.3)
Perturbação de Ansiedade	11 (8)
Abuso de Substâncias	2 (1.5)

#### *2.1.2.1. Prevalência de dificuldades sexuais na amostra universitária*

Conforme demonstrado pela Tabela 5, uma percentagem significativa dos participantes que constituíram esta amostra universitária referiu sentir dificuldades em diferentes áreas do funcionamento sexual. A ejaculação rápida constituiu-se como a dificuldade sexual masculina mais frequente nos universitários, ocorrendo na totalidade ou quase totalidade das situações sexuais em cerca de 4% dos estudantes, embora 21% tenha referido sentir dificuldades no controlo ejaculatório em pelo menos metade das situações sexuais. As dificuldades ao nível do orgasmo constituíram-se como as segundas mais frequentemente sentidas pelos estudantes. Cerca de 4% dos estudantes referiu experienciar dificuldades em atingir o orgasmo sempre ou na maioria das situações sexuais e 7% referiu senti-las em pelo menos metade das ocasiões sexuais. Ainda, 4% dos estudantes universitários referiu sentir dificuldade em conseguir uma erecção em pelo menos metade das situações sexuais e destes, 2% admitiu experimentá-las em todas ou quase todas as situações sexuais. Por fim, a diminuição do desejo sexual foi apontada por 7% dos estudantes em pelo

menos metade das ocasiões sexuais mas não houve estudantes a referir baixo desejo sexual na generalidade das situações (ver Tabela 5).

Tabela 5

*Caracterização dos sujeitos da amostra quanto ao funcionamento sexual (N = 137).*

Dificuldades sexuais	Quase nunca/ Nunca	Poucas vezes/ Menos de metade das vezes	Por vezes/ Cerca de metade das vezes	A maioria das vezes/ Mais de metade das vezes	Quase sempre/ Sempre
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Diminuição do desejo sexual <sup>a</sup>	86 (62.8)	41 (29.9)	10 (7.3)	0 (0)	0 (0)
Dificuldades de erecção <sup>a</sup>	113 (82.5)	18 (13.1)	3 (2.2)	1 (.7)	2 (1.5)
Atraso no orgasmo <sup>a</sup>	93 (67.9)	33 (24.1)	5 (3.6)	4 (2.9)	1 (.7)
Ejaculação rápida <sup>b</sup>	69 (50.4)	39 (28.5)	22 (16.1)	3 (2.2)	3 (2.2)

*Nota:* Todos os participantes referiram ter tido actividade sexual com um parceiro nas últimas 4 semanas.

<sup>a</sup> respostas aos itens 11, 1, 9 e 18 do *Índice Internacional de Função Erétil* (cotados inversamente).

<sup>b</sup> Item adicional sobre a frequência de ejaculação prematura.

#### 2.1.2.2. Satisfação dos estudantes universitários com vida sexual em geral

No que concerne à satisfação com vida sexual em geral, a generalidade dos estudantes universitários mostrou-se satisfeita com a sua vida sexual actual: 34% dos estudantes referiu sentir-se muito satisfeito com a vida sexual em geral e 48% moderadamente satisfeito com a mesma (Tabela 6). Cerca de 8% dos estudantes manifestou algum grau de insatisfação com a vida sexual actual (4% muito insatisfeitos, 4% moderadamente insatisfeitos) e 10% referiu estar igualmente satisfeito e igualmente insatisfeito com a vida sexual.

Tabela 6

*Satisfação dos sujeitos da amostra relativamente à vida sexual em geral (N = 137).*

Satisfação com a vida sexual em geral	
	<i>n (%)</i>
Muito insatisfeito	5 (3.6)
Moderadamente insatisfeito	5 (3.6)
Igualmente satisfeito e insatisfeito	14 (10.2)
Moderadamente satisfeito	66 (48.2)
Muito satisfeito	47 (34.3)

### *2.1.3. Estudo III: Factores de vulnerabilidade psicológica para a disfunção erétil: A relevância de variáveis disposicionais em homens com e sem disfunção erétil*

Este estudo envolveu a participação de 77 indivíduos do sexo masculino que compuseram dois grupos distintos. Um dos grupos, designado por grupo clínico, foi composto por 37 sujeitos diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos (APA, 2000). Uma vez que estes sujeitos mantinham preservadas as erecções nocturnas, matinais e espontâneas, evidenciavam disfunção erétil situacional, habitualmente no decorrer de actividade sexual com uma parceira, e do ponto de vista médico não apresentavam condições clínicas relevantes ou que justificassem *per se* a presença das dificuldades, admitiu-se que a etiologia do problema sexual fosse predominantemente psicológica. As dificuldades erécteis mantinham-se há pelo menos 6 meses aquando da avaliação clínica e estavam presentes na maioria das situações sexuais (Segraves, 2010). Estes indivíduos foram recrutados em unidades especializadas em Urologia, Andrologia e Sexologia Clínica/Médica de dois estabelecimentos de saúde públicos do Serviço Nacional de Saúde.

O segundo grupo integrou 40 homens sem dificuldades ao nível do funcionamento sexual actual e foi constituído a partir de uma amostra mais alargada ( $N = 160$ ), recolhida junto de cidadãos da população geral provenientes de diversas zonas do país (amostra de conveniência). Esta sub-amostra serviu de comparação ao grupo clínico sendo por isso designada por grupo de controlo.

Conforme ilustrado na Tabela 7, a média de idades dos sujeitos do grupo clínico ( $M = 47.8$ ,  $DP = 12.3$ ) foi significativamente superior [ $t(75) = 7.40$ ,  $p < .001$ ] à média de idades observada no grupo da comunidade ( $M = 32.1$ ,  $DP = 5.03$ ). Verificou-se também que os indivíduos que integraram o grupo clínico apresentaram níveis de instrução mais baixos que os situam em torno do Ensino Básico e Secundário, e em razão inversa ao verificado nos indivíduos do grupo da comunidade, cuja instrução os situa ao nível do Ensino Superior [ $U = 174$ ,  $p < .001$ ]. Relativamente ao estado civil, verificou-se o predomínio significativo de indivíduos casados ou a viver em regime de coabitação no grupo clínico e uma ligeira superioridade de indivíduos solteiros comparativamente aos casados/coabitação no grupo da comunidade [ $\chi^2(2, N = 77) = 15.74$ ,  $p < .001$ ] (ver Tabela 7).

Tabela 7

*Características sócio-demográficas dos grupos clínico e de controlo (N = 77).*

	Grupo Clínico (n = 37)	Grupo Controlo (n = 40)
Idade (Anos)		
M	47.8	32.1
DP	12.3	5.03
Intervalo	18-64	27-50
Estado Civil	n (%)	n (%)
Solteiro	4 (10.8)	21 (52.5)
Casado/União Facto	27 (73)	17 (42.5)
Divorciado/Viúvo	6 (16.2)	2 (5)
Habilitações Literárias	n (%)	n (%)
0-9 anos	26 (70.3)	6 (15)
10-12 anos	9 (24.3)	8 (20)
Mais de 13 anos	2 (5.4)	26 (65)

Todos os participantes neste estudo referiram ter orientação sexual heterossexual e ter-se envolvido em actividade sexual com uma parceira nas últimas 4 semanas. Conforme se constata na Tabela 8, a grande maioria dos sujeitos em ambos os grupos referiu ter actualmente uma parceira sexual (grupo clínico: 97.3%, grupo controlo: 92.5%), verificando-se a existência de pelo menos dois parceiros sexuais actuais em cerca de 3% dos sujeitos em cada grupo (um caso por grupo). Apenas no grupo de controlo se verificou a existência de



participantes com múltiplos parceiros sexuais actuais, embora numa percentagem reduzida (5%) (ver Tabela 8).

Relativamente à frequência de actividade sexual, aproximadamente 13% dos sujeitos do grupo de controlo referiu ter actividade sexual quase diariamente, 62% dos sujeitos do grupo clínico e 50% dos sujeitos do grupo de controlo referiram ter actividade sexual até três vezes por semana e cerca de 27% e 23%, respectivamente, duas a três vezes por mês. Cerca de 15% dos sujeitos do grupo de controlo admitiu praticá-la muito raramente, à semelhança do que sucedeu com aproximadamente 11% dos sujeitos do grupo clínico.

Tabela 8

*Caracterização dos sujeitos dos grupos clínico e de controlo quanto ao número de parceiros sexuais actuais e frequência de actividade sexual (N = 77).*

	Grupo Clínico (n = 37)	Grupo de Controlo (n = 40)
Número de parceiros sexuais actuais	n (%)	n (%)
Um parceiro sexual	36 (97.3)	37 (92.5)
Dois parceiros sexuais	1 (2.7)	1 (2.5)
Múltiplos parceiros sexuais	0 (0)	2 (5)
Frequência de actividade sexual	n (%)	n (%)
Raramente	4 (10.8)	6 (15)
2 ou 3 vezes por mês	10 (27)	9 (22.5)
1 a 3 vezes por semana	23 (62.2)	20 (50)
Quase diariamente	0(0)	5 (12.5)

Conforme demonstrado pela Tabela 9, a análise da comorbilidade associada ao diagnóstico principal de disfunção erétil revelou que uma percentagem significativa dos participantes que constituíram o grupo clínico (35%) apresentou outras disfunções sexuais masculinas secundárias. Aproximadamente 22% dos sujeitos (8 indivíduos) preencheram igualmente os critérios de diagnóstico para ejaculação prematura e cerca de 11% dos sujeitos da nossa amostra (4 indivíduos) receberam o diagnóstico clínico adicional de perturbação do

desejo sexual hipoactivo. Apenas um homem apresentou o diagnóstico secundário de perturbação do orgasmo (ver Tabela 9).

Tabela 9

*Comorbilidade associada ao diagnóstico principal de Disfunção Erétil na amostra clínica (N = 37).*

Grupo Clínico (n = 37)		
	n	%
Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo	4	10.8
Aversão sexual	0	0
Perturbação do Orgasmo no Homem	1	2.7
Ejaculação Prematura	8	21.6
Dispareunia	0	0
Disfunção Sexual Sem Outra Especificação	0	0
Sem diagnóstico secundário atribuído	24	64.9

*Nota:* Os diagnósticos secundários foram realizados segundo os critérios de diagnóstico do *DSM-IV-TR* (APA, 2000).

No que se refere à duração das dificuldades erécteis, o tempo médio indicado pelos homens da amostra clínica foi de 23 meses (DP = 19.24, intervalo: 6-78). Ainda, cerca de 30% dos homens referiu a existência de alguma forma de dificuldade sexual experienciada pela parceira, sendo as dificuldades mais apontadas relacionadas com a diminuição do desejo sexual (19%), seguindo-se as dificuldades na excitação (8%) e a dor sexual (3%).

#### *2.1.4. Estudo IV: Relevância clínica das variáveis disposicionais na diferenciação da disfunção erétil associada a factores de risco médicos e psicológicos*

Neste estudo participaram 73 indivíduos do sexo masculino, distribuídos por três grupos distintos consoante o nível e as características do funcionamento erétil actual. Foram constituídos dois grupos clínicos compostos por sujeitos diagnosticados com disfunção erétil de acordo com as características clínicas apresentadas e os factores de risco identificados em cada caso (ou a presumível etiologia) (APA, 2000). Um dos grupos clínicos integrou 37

homens diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos, designado por grupo de etiologia predominantemente psicológica, e o segundo grupo clínico foi constituído por 16 homens que receberam o diagnóstico de disfunção erétil devido a factores combinados, denominado por grupo de etiologia combinada (APA, 2000). Os sujeitos diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos apresentavam erecções nocturnas, matinais e espontâneas completas, evidenciavam disfunção erétil situacional (habitualmente no decorrer de actividade sexual com uma parceira), e do ponto de vista médico não apresentavam condições clínicas de relevo ou que contribuíssem em grau suficiente para justificar a presença das dificuldades eréteis. Por oposição, os sujeitos diagnosticados com disfunção erétil devido a factores combinados apresentavam alterações significativas na qualidade das erecções nocturnas, matinais e/ou espontâneas, ou inexistência das mesmas, apresentavam dificuldades eréteis na generalidade das situações sexuais e independentemente dos parceiros envolvidos, e co-ocorrência de factores psicológicos e uma ou mais condições médicas relevantes para a presença das dificuldades (APA, 2000). Todos os sujeitos diagnosticados com disfunção erétil apresentavam dificuldades eréteis persistentes e recorrentes pelo menos nos 6 meses anteriores à avaliação clínica (Segraves, 2010). Os sujeitos que compuseram as duas amostras clínicas foram recrutados em serviços de Urologia, Andrologia e Sexologia Clínica/Médica de dois hospitais centrais.

O terceiro grupo foi constituído a partir de uma amostra alargada da comunidade ( $N = 160$ ) e reuniu 20 sujeitos da população geral sem dificuldades ao nível do funcionamento sexual actual (amostra de conveniência). Este grupo serviu de comparação aos grupos clínicos e foi designado por grupo de controlo.

A média de idades dos sujeitos do grupo de etiologia predominantemente psicológica ( $M = 47.8$ ,  $DP = 12.3$ ) e do grupo de etiologia combinada ( $M = 54.5$ ,  $DP = 7.2$ ) foi significativamente superior [ $F(2, 70) = 17.98$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .34$ ] à média de idades observada no grupo da comunidade ( $M = 35.6$ ,  $DP = 5.0$ ), não se verificando contudo diferenças na média de idades entre os dois grupos clínicos, [ $F(2, 70) = 17.98$ ,  $ns$ ]. No que respeita às habilitações literárias, verificou-se que os indivíduos que integraram os grupos clínicos apresentaram níveis de instrução mais baixos (Ensino Básico e Secundário) comparativamente aos sujeitos do grupo da comunidade, cuja instrução os situou maioritariamente ao nível do Ensino Superior [ $H = 20.60$ ,  $p < .001$ ]. Relativamente ao estado civil, verificou-se o predomínio significativo de indivíduos casados ou a viver em regime de coabitação nos três grupos, seguindo-se a preponderância de indivíduos solteiros no grupo de controlo e de divorciados/viúvos nos grupos clínicos. Não obstante, não se verificaram

diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente ao estado civil, [ $\chi^2(2, N = 73) = 2.78, ns$ ] (ver Tabela 10).

Tabela 10

*Características sócio-demográficas dos grupos clínicos e de controlo (N = 73).*

	Grupo Etiologia Psicológica (n = 37)	Grupo Etiologia Combinada (n = 16)	Grupo Controlo (n = 20)
Estado Civil	n (%)		n (%)
Solteiro	4 (10.8)	0 (0)	4 (20)
Casado/União Facto	27 (73)	13 (81.3)	14 (70)
Divorciado/Viúvo	6 (16.2)	3 (18.8)	2 (10)
Habilitações Literárias	n (%)	n (%)	n (%)
0-9 anos	26 (70.3)	12 (75)	5 (25)
10-12 anos	9 (24.3)	4 (25)	3 (15)
Mais de 13 anos	2 (5.4)	0 (0)	12 (60)

## 2.2. Procedimentos

### 2.2.1. Estudo I: Estudos de validação da versão Portuguesa da Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS) e das Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)

Antes de dar início ao estudo propriamente dito, foram solicitadas as autorizações aos autores das escalas originais para a sua utilização e adaptação para a população Portuguesa. Uma vez concedidas as autorizações, procedeu-se à tradução dos instrumentos para a língua Portuguesa. A tradução foi realizada de forma independente por dois investigadores na área da Sexologia com um bom domínio da língua Inglesa e Portuguesa. Procedeu-se da mesma forma para a retroversão dos itens, realizada por outros dois investigadores independentes. As versões obtidas foram comparadas e avaliadas do ponto de vista da interpretabilidade, compreensibilidade e equivalência transcultural dos itens por um painel de investigadores em Sexologia, e as versões Portuguesas finais dos instrumentos foram aperfeiçoadas e concluídas.

A versão Portuguesa da *SSCS* foi preenchida por 318 estudantes da Universidade de Aveiro, após concedida a autorização dos docentes para se proceder à publicitação do estudo junto dos seus alunos (amostra de conveniência). A participação foi voluntária e todos os alunos foram informados pela autora acerca dos objectivos do estudo, da sua natureza anónima e da confidencialidade das respostas. O questionário foi preenchido individualmente pelos estudantes, em sessões colectivas, após assinado o formulário de consentimento informado, e devolvido directamente à autora em envelope fechado. Não foi oferecida qualquer compensação monetária ou de outra natureza pela participação no estudo. Esta amostra foi recolhida entre Abril e Junho de 2010 e a taxa de resposta foi de 73%.

A amostra da comunidade utilizada para o estudo de validação do *SIS/SES* foi recolhida por um conjunto de investigadores na área da Sexologia para além da autora. Aos participantes foi solicitada a sua colaboração voluntária no estudo e aqueles que acederam participar foram informados acerca das questões relacionadas com o anonimato e confidencialidade das respostas. Após assinado o formulário de consentimento informado e preenchidos os questionários, os participantes devolveram os instrumentos em envelope fechado directamente ao responsável pelo recrutamento de participantes. Não foi oferecida qualquer compensação pela participação no estudo. Esta amostra foi recolhida entre 2008 e 2009 e a taxa de resposta foi de 81%.

### *2.2.2. Estudo II: Preditores do funcionamento erétil numa amostra universitária: Estudo exploratório acerca do papel de variáveis disposicionais*

Este estudo contou com a colaboração de 137 estudantes do ensino superior provenientes de três universidades Portuguesas. As autorizações para se proceder à publicitação do estudo junto dos estudantes universitários (amostra de conveniência) foram previamente solicitadas aos órgãos competentes das referidas instituições. Os participantes que aceitaram participar no estudo foram informados pela autora acerca dos objectivos do mesmo assim como da natureza anónima e a confidencialidade das respostas. Os questionários foram preenchidos pelos participantes de forma autónoma, independente e anónima, após terem assinado o formulário de consentimento informado e devolvidos directamente à autora em envelopes fechados. Não foi oferecida qualquer compensação monetária ou de outra natureza pela participação no estudo. Esta amostra foi recolhida em sessões colectivas realizadas nas respectivas instituições entre Setembro de 2010 e Janeiro de 2011 e a taxa de resposta foi de 87%.

### 2.2.3. Estudo III: Factores de vulnerabilidade psicológica para a disfunção erétil: A relevância de variáveis disposicionais em homens com e sem disfunção erétil

Os sujeitos que constituíram o grupo de controlo foram recrutados junto da comunidade, em diversas zonas do país, de forma a garantir diversidade dos dados relativamente a variáveis sócio-demográficas (amostra de conveniência). Os indivíduos foram contactados directamente pela autora que solicitou a sua colaboração voluntária e disponibilizou informação detalhada relativamente aos objectivos do estudo. Foi igualmente assegurada a natureza anónima do estudo e a confidencialidade das respostas dos participantes. Após assinado o formulário de consentimento informado, todos os participantes receberam a mesma bateria de questionários com as respectivas instruções de preenchimento, no interior de um envelope A4 por selar. A bateria de questionários foi preenchida de forma autónoma, independente e anónima pelos sujeitos, tendo sido devolvida directamente à autora dentro do envelope A4 selado. Não foi oferecida qualquer contrapartida financeira ou de outra natureza pela participação neste estudo. Esta amostra foi recolhida entre Setembro de 2009 e Abril de 2011 e a taxa de resposta foi de 83%. De forma a despistar a presença de dificuldades sexuais na amostra da comunidade, todos os participantes que obtiveram pontuações abaixo do ponto de corte descrito na literatura científica para o domínio da Função Erétil ( $\leq 25$ ) (Cappelleri, Rosen, Smith, Mishra, & Osterloh, 1999; Rosen, Cappelleri, & Gendrano, 2002) do *Índice Internacional de Função Erétil (IIEF*; Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick, & Mishra, 1997) não foram incluídos neste estudo (cerca de 46 participantes).

Os sujeitos que constituíram a amostra clínica foram recrutados em três serviços especializados na prestação de cuidados de saúde de duas instituições do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente no Serviço de Urologia/Andrologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., na Consulta de Sexologia Clínica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. e na Consulta de Sexologia Médica do Centro Hospitalar de Coimbra E.P.E., após parecer favorável dos Directores dos respectivos serviços, das Comissões de Ética e dos Conselhos de Administração de ambos os estabelecimentos de saúde. Aquando da avaliação clínica, todos os indivíduos desta amostra preenchiam os critérios de diagnóstico para disfunção erétil de acordo com o *DSM-IV-TR* (APA, 2000). A avaliação e o diagnóstico clínico foram realizados pelo médico assistente (Urologista) ou por um membro da equipa de Terapeutas Sexuais dos respectivos serviços de Sexologia Clínica (Psiquiatra e/ou Psicólogo Clínico). Num segundo momento, foi realizada pela autora uma entrevista clínica estruturada a cada potencial participante com o objectivo de validar as questões relativas ao diagnóstico e

dos critérios reunidos para a participação dos sujeitos no estudo. Os casos clínicos que suscitavam dúvidas ou desacordo diagnóstico foram revistos e discutidos em equipa. A decisão acerca da inclusão (ou exclusão) de cada participante no estudo foi da inteira responsabilidade da autora.

Para efeitos de diagnóstico recorreu-se a diferentes indicadores de avaliação médica e psicológica (história clínica, sexual, médica e psicossocial; exame físico, análises laboratoriais e exames auxiliares de diagnóstico, entrevistas estruturadas e avaliação psicométrica), de acordo com as recomendações para a avaliação clínica de homens apresentando queixas de disfunção erétil (Lue et al., 2004). Apenas os doentes diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos foram convidados a participar neste estudo (APA, 2000). Os sujeitos que receberam este diagnóstico apresentavam um quadro clínico compatível com uma etiologia predominantemente psicológica das dificuldades, evidenciada pela presença de erecções nocturnas, matinais e espontâneas completas, incapacidade para ter ou manter a erecção durante a actividade sexual com a parceira mas não noutras situações sexuais (*e.g.*, durante a masturbação) (disfunção erétil situacional), e do ponto de vista médico não apresentavam patologia orgânica relevante que compromettesse a capacidade erétil ou justificasse a presença das dificuldades. Na atribuição do diagnóstico clínico considerou-se também um critério temporal e de severidade que estabelecia que as dificuldades eréteis deveriam estar presentes na maioria das situações sexuais e por um período mínimo de 6 meses (Segraves, 2010), de forma a distinguir as situações clínicas de eventuais flutuações transitórias inerentes à resposta sexual. Os sujeitos com história de perturbação psiquiátrica grave (*e.g.*, perturbações psicóticas ou bipolares), psicopatologia actual acentuada ou consumo de substâncias susceptíveis de interferir com a resposta sexual (*e.g.*, drogas, fármacos) foram excluídos do estudo. Todos os indivíduos que acederam a participar no estudo foram informados acerca da natureza e dos objectivos do mesmo e elucidados acerca das questões relacionadas com o anonimato e a confidencialidade das respostas e tratamento dos dados. Foram igualmente disponibilizadas instruções para o correcto preenchimento dos questionários e assinado um formulário de consentimento informado. Os questionários foram preenchidos pelos sujeitos de forma autónoma e independente, num espaço destinado para o efeito, tendo sido devolvidos à autora em envelope A4 selado. Não foi oferecida aos sujeitos qualquer compensação pela participação no estudo. A amostra clínica foi recolhida entre Setembro 2010 e Maio 2011 e a taxa de resposta foi de 95%.



#### *2.2.4. Estudo IV: Relevância clínica das variáveis disposicionais na diferenciação da disfunção erétil associada a factores de risco médicos e psicológicos*

Os sujeitos que compuseram os grupos clínicos foram recrutados em consultas especializadas de Urologia, Andrologia e Sexologia Clínica/Médica de duas instituições hospitalares da região Centro, nomeadamente os Hospitais da Universidade de Coimbra e o Centro Hospitalar de Coimbra, após parecer favorável das Comissões de Ética e dos Conselhos de Administração de ambos os estabelecimentos de saúde. Aquando da avaliação clínica, todos os indivíduos preenchiam os critérios de diagnóstico para disfunção erétil de acordo com o *DSM-IV-TR* (APA, 2000). A avaliação e o diagnóstico clínico foram realizados pelo médico assistente (Urologista) ou por um membro da equipa de Terapeutas Sexuais dos respectivos serviços de Sexologia Clínica (Psiquiatra e/ou Psicólogo Clínico). Num segundo momento, foi realizada pela autora uma entrevista clínica estruturada a cada potencial participante com o objectivo de validar as questões relativas ao diagnóstico e dos critérios reunidos para a participação dos sujeitos no estudo.

Em consonância com as recomendações para a avaliação clínica de homens com disfunção erétil (Lue et al., 2004), foram utilizados diferentes indicadores de avaliação médica e psicológica (história clínica, sexual, médica e psicossocial; exame físico, análises laboratoriais e exames auxiliares de diagnóstico, entrevistas estruturadas e avaliação psicométrica) para a realização do diagnóstico clínico e para a clarificação dos factores de risco/etiológicos envolvidos nas dificuldades. Os indivíduos diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos (APA, 2000) apresentavam erecções nocturnas, matinais e espontâneas completas, incapacidade para ter ou manter a erecção durante a actividade sexual com a parceira mas não noutras situações sexuais (e.g., durante a masturbação) (disfunção erétil situacional), e do ponto de vista médico não apresentavam patologia orgânica relevante que compromettesse a capacidade erétil ou justificasse exclusivamente a presença das dificuldades.

Os sujeitos que apresentavam disfunção erétil compatível com uma etiologia combinada (APA, 2000) apresentavam inexistência ou alterações significativas na qualidade das erecções nocturnas, matinais e/ou espontâneas, apresentavam dificuldades ércteis na generalidade das situações sexuais e independentemente dos parceiros envolvidos, e co-ocorrência de factores médicos e psicológicos relevantes para as dificuldades. Considerou-se igualmente um critério temporal e de severidade na atribuição do diagnóstico de disfunção erétil que estabelecia que as dificuldades deveriam estar presentes na maioria das situações sexuais e por um período mínimo de 6 meses (Segraves, 2010), de forma a distinguir as



situações clínicas de eventuais flutuações transitórias inerentes à resposta sexual. Sujeitos com história de perturbação psiquiátrica grave (*e.g.*, perturbações psicóticas ou bipolares), psicopatologia actual acentuada e consumo de substâncias psicotrópicas (*e.g.*, drogas de abuso) foram excluídos do estudo. Todos os casos clínicos que suscitavam dúvidas ou desacordo diagnóstico foram revistos e discutidos em equipa. A decisão acerca da inclusão (ou exclusão) de cada participante no estudo foi da inteira responsabilidade da autora.

O grupo de controlo integrou 20 homens da população geral sem dificuldades ao nível do funcionamento sexual actual, conforme avaliado pelo domínio da Função Erétil do *IIEF* (Cappelleri et al., 1999; Rosen et al., 2002). Este grupo foi constituído a partir de uma amostra alargada da comunidade (amostra de conveniência) que reuniu um total de 160 participações válidas (questionários correctamente preenchidos, ausência de itens não respondidos e existência de actividade sexual nas últimas 4 semanas).

Todos os participantes (grupos clínicos e de controlo) foram informados acerca da natureza e dos objectivos do estudo e elucidados acerca das questões relacionadas com o anonimato e a confidencialidade das respostas e do tratamento dos dados. Após assinado um formulário de consentimento informado, os participantes receberam instruções para o correcto preenchimento dos questionários. Os questionários foram preenchidos pelos sujeitos de forma autónoma e independente num espaço destinado para o efeito, e devolvidos à autora em envelope A4 selado. Não foi oferecida qualquer compensação financeira ou de outra natureza pela participação no estudo. A amostra de controlo foi recolhida entre Setembro de 2009 e Abril de 2011 (taxa de resposta de 83%) e as amostras clínicas foram recolhidas entre Setembro 2010 e Maio 2011 (taxa de resposta de 95%).

## **2.3. Instrumentos**

### **2.3.1. Formulário Sócio-Demográfico e de História Médica e Sexual (FSD-HMS)**

A informação relativa às variáveis sócio-demográficas e à história médica e sexual dos participantes foi recolhida por intermédio de um formulário de auto-resposta (*FSD-HMS*; Quinta Gomes & Nobre, 2010). Este formulário inclui informação relativa à idade, estado civil, escolaridade, orientação sexual, frequência de actividade sexual actual, existência e duração de relação afectiva actual, número de parceiros sexuais actuais, consumo de substâncias, história prévia de abuso sexual e história de doença médica e psicológica.

### 2.3.2. *Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)*

O *IIEF* (Rosen, et al., 1997) é um questionário de auto-resposta, breve e de fácil administração, constituído por 15 itens destinados a avaliar diferentes áreas do funcionamento sexual masculino: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. Este instrumento permite o cálculo de índices específicos para cada dimensão avaliada e de um índice total de funcionamento sexual, traduzindo os valores mais elevados melhores níveis de funcionamento sexual (o domínio do desejo sexual compreende valores de 2 a 10, função erétil de 1 a 30, função orgásmica de 0 a 10, domínio da satisfação sexual de 0 a 15, satisfação geral de 2 a 10 e total desde 5 a 75). Os estudos psicométricos realizados com a versão original do *IIEF* demonstraram a consistência interna do instrumento (valores de *alpha* de Cronbach iguais ou superiores a .73) e a consistência temporal das suas 5 subescalas (fidelidade teste-reteste: desde  $r = .64$  a  $r = .84$ ). A validade discriminante do instrumento foi igualmente verificada através da sensibilidade demonstrada para detectar diferenças significativas nas pontuações médias entre grupos clínicos e de controlo, assim como na sensibilidade para detectar alterações decorrentes de intervenções terapêuticas (Rosen et al., 1997). Os estudos psicométricos realizados com a versão Portuguesa do instrumento demonstraram valores adequados de consistência interna (valores de *alpha* de Cronbach entre .72 e .86) e de fidelidade teste-reteste (desde  $r = .14$  a  $r = .90$ ) para as 5 subescalas, replicadas através da análise factorial confirmatória. A sensibilidade da versão Portuguesa para diferenciar entre grupos clínicos (homens com disfunção erétil) e grupos de controlo foi igualmente demonstrada (Quinta Gomes & Nobre, 2012b).

### 2.3.3. *Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS)*

A escala de afecto positivo e negativo (*PANAS*; Watson et al., 1988) é um instrumento de auto-resposta composto por 20 adjectivos destinados à avaliação do afecto positivo e do afecto negativo segundo uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (“Muito pouco” ou “Quase nada”) e 5 (“Extremamente”). Este instrumento permite avaliar as duas dimensões do afecto numa vertente de estado (a forma como uma pessoa se sente em determinado momento) ou numa vertente de traço (a forma como uma pessoa geralmente se sente) consoante a instrução que é dada ao respondente. A avaliação das duas dimensões do afecto é feita de forma independente, pelo que uma pontuação elevada numa das dimensões não pressupõe necessariamente uma pontuação baixa na outra. Os estudos psicométricos realizados pelos autores desta escala demonstraram a consistência interna das duas dimensões do afecto com valores de *alpha* de Cronbach de .89 para a subescala do afecto positivo e de

.85 para a escala do afecto negativo. A versão Portuguesa deste instrumento apresenta igualmente boas características psicométricas, nomeadamente uma boa consistência interna como demonstrado por valores de *alpha* de Cronbach de .86 para a subescala do afecto positivo e de .89 para a do afecto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005b). No presente estudo, as duas dimensões do afecto foram avaliadas numa vertente de traço ou, por outras palavras, a forma como uma pessoa geralmente se sente.

#### 2.3.4. Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)

As escalas de inibição e excitação sexual (SIS/SES; Janssen et al., 2002a) são constituídas por 45 itens de auto-resposta destinados à avaliação das diferenças individuais na propensão para a excitação sexual e para a inibição sexual. Os itens que compõem estas escalas descrevem diferentes tipos de situações hipotéticas nas quais pode ocorrer a perda da excitação sexual em virtude de uma ameaça percebida a nível interno ou interpessoal (*i.e.*, incapacidade para desempenhar sexualmente ou consequências negativas resultantes de actividade sexual), e situações não ameaçadoras potencialmente excitantes do ponto de vista sexual (*i.e.*, interacções sociais; estímulos visuais, tácteis ou imaginários). As respostas são dadas utilizando uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (“Concordo fortemente”) e 4 (“Discordo fortemente”) que traduz a resposta sexual típica a uma situação específica. A análise factorial de segunda ordem da escala original identificou 3 factores, um relacionado com a excitação sexual (SES) e dois relacionados com a inibição sexual (SIS1 ou inibição sexual devida a ameaça de falha no desempenho e SIS2 ou inibição sexual devida a ameaça das consequências do desempenho). As escalas SIS/SES apresentam níveis adequados de consistência interna (*alpha* de Cronbach de .89 para o SES, *alpha* de Cronbach de .81 para o SIS1 e .73 para o SIS2), de fidelidade teste-reteste ( $r_{SES} = .76$ ;  $r_{SIS1} = .67$ ;  $r_{SIS2} = .74$ ) e os estudos de validade discriminante e convergente revelaram a especificidade das escalas para avaliar propensões específicas ao nível da resposta sexual (Janssen et al., 2002a). Os estudos realizados com uma amostra preliminar no âmbito do presente trabalho replicaram a estrutura factorial original das escalas e mostraram a sua adequação psicométrica com valores elevados de consistência interna (SES, *alpha* de Cronbach de .92; SIS1, *alpha* de Cronbach de .80; SIS2, *alpha* de Cronbach .74) e de fidelidade teste-reteste ( $r_{SES}$  e  $r_{SIS1} = .65$ ,  $r_{SIS2} = .72$ ).

#### 2.3.5. Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)

A escala de auto-consciência sexual (SSCS; van Lankveld et al., 2008) foi desenvolvida para avaliar a propensão disposicional para a auto-consciência em situações

sexuais. Este instrumento é composto por 12 afirmações avaliadas numa escala do tipo Likert que varia entre 0 (“Discordo fortemente”) e 4 (“Concordo fortemente”). A escala permite avaliar duas dimensões da auto-consciência sexual, uma relacionada com a tendência para se estar auto-focado durante as situações sexuais (subescala auto-focus sexual), a outra com a propensão para sentir embaraço ou constrangimento nesses mesmos contextos (subescala embaraço sexual). A escala original apresenta níveis adequados de consistência interna e de validade teste-reteste para as subescalas de embaraço sexual (*alpha* de Cronbach de .84;  $r = .84$ ), auto-focus sexual (*alpha* de Cronbach de .79;  $r = .79$ ) e escala total (*alpha* de Cronbach de .85;  $r = .83$ ). A validade convergente e divergente do instrumento foi igualmente demonstrada (van Lankveld et al., 2008). Os estudos factoriais realizados com amostras preliminares no âmbito do presente trabalho replicaram a estrutura factorial da escala original e os resultados da análise psicométrica confirmam que a escala apresenta níveis aceitáveis de consistência interna e de fidelidade teste-reteste para as subescalas de embaraço sexual (*alpha* de Cronbach de .86;  $r = .78$ ), auto-focus sexual (*alpha* de Cronbach de .72;  $r = .53$ ) e escala total (*alpha* de Cronbach de .82;  $r = .69$ ).

### 2.3.6. Inventário de Personalidade dos Cinco Factores (NEO-FFI)

O inventário de personalidade dos cinco factores (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992) é uma versão reduzida do *NEO Personality Inventory-Revised* (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992) que permite avaliar os cinco domínios gerais da personalidade: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Este inventário de auto-resposta é composto por um total de 60 itens, 12 por cada factor, sendo que cada item tem cinco possibilidades de resposta (de 1 ou “Discordo fortemente” a 5 ou “Concordo fortemente”). Os estudos psicométricos originais mostraram níveis adequados de consistência interna da escala com valores de *alpha* de Cronbach oscilando entre .86 e .95. A escala apresenta níveis adequados de fidelidade teste-reteste ( $r = .63$  a  $.81$ ) para os cinco domínios assim como uma boa validade convergente e discriminante (Costa & McCrae, 1992). A análise factorial confirmatória efectuada a partir da versão Portuguesa replicou a estrutura factorial original do instrumento com valores elevados de consistência interna (*alpha* de Cronbach entre .69 e .81) (Magalhães et al., no prelo).

### 2.3.7. Breve Inventário de Sintomas (BSI)

O BSI (Derogatis & Spencer, 1982) é uma versão abreviada do *Symptom Checklist-90-Revised* e consiste num inventário de auto-resposta constituído por 53 itens concebidos

para avaliar padrões de sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomas - Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo - e três Índices Globais – Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos (TSP). O sujeito classifica o grau em que cada sintoma o afectou durante a última semana usando cinco possibilidades de resposta, desde 0 (“Nunca”) a 4 (“Muitíssimas vezes”). O inventário apresenta índices elevados de consistência interna para os 9 grupos de sintomas (*alfa* de Cronbach entre .71 e .85) e para o IGS (*alfa* de Cronbach de .90), e de fidelidade teste-reteste para as mesmas dimensões (entre  $r = .68$  e  $r = .91$ ) e para os três índices globais (entre  $r = .87$  para o ISP e  $r = .90$  para o IGS) (Derogatis, 1993). Os estudos realizados em Portugal também revelaram que o instrumento é fiável, com valores *alfa* de Cronbach entre .62 e .80 para as diferentes subescalas e com coeficientes de teste-reteste variando entre .63 e .81 (Canavarro, 1999). Esta escala constitui-se, assim, como um bom indicador da presença de sintomas psicopatológicos e discriminadora de saúde mental entre indivíduos que apresentam perturbações emocionais dos que não as apresentam (Canavarro, 1999).

#### 2.3.8. Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (SDI).

A *Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais* (Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992) é uma entrevista clínica estruturada destinada à avaliação e diagnóstico de disfunções sexuais masculinas e femininas, tendo por base os critérios de diagnóstico definidos pelo *DSM-IV-TR* (APA, 2000). Para além de avaliar especificamente cada uma das dimensões de disfunção sexual identificadas pelo referido manual de diagnóstico, a *SDI* permite ainda a recolha de informação relativamente a outros aspectos da esfera sexual, como a orientação sexual, frequência de comportamento sexual, história do comportamento sexual ou história de experiências sexuais indesejadas. No presente trabalho, foi utilizada a versão masculina desta entrevista para a avaliação e diagnóstico de disfunção sexual apenas em homens que integraram os grupos clínicos (versão Portuguesa traduzida e adaptada por Nobre, Carvalheira, & Fonseca, 2003).

## 2.4. Procedimentos estatísticos

### 2.4.1. Estudo I: Estudos de validação da versão Portuguesa da Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS) e das Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)

Na realização dos estudos psicométricos das versões Portuguesas da *SSCS* e do *SIS/SES* realizou-se inicialmente uma análise factorial exploratória (AFE) de forma a determinar a estrutura factorial das versões Portuguesas dos instrumentos. Foram analisados em conjunto os dados provenientes de amostras masculinas e femininas de forma a maximizar a variabilidade dos dados e a obter uma estrutura factorial única para homens e mulheres. De modo a garantir a estabilidade das soluções encontradas, os estudos factoriais (exploratório e confirmatório) realizaram-se com amostras alargadas consideráveis, tomando como princípio a proporção de 10 sujeitos por variável e o mínimo de 300 casos por análise (Tabachnick & Fidell, 2007).

Para a execução de ambas as AFE procurou-se seguir os procedimentos estatísticos utilizados na validação das escalas originais. No caso da *SSCS*, recorreu-se ao método das componentes principais (ACP), seguido de uma rotação oblíqua ( $\delta = 0$ ) para a extracção dos factores. Para o *SIS/SES*, utilizou-se o método da factorização do eixo principal, seguido de uma rotação ortogonal *varimax* na AFE de primeira ordem e, de forma a obter factores de ordem superior, utilizou-se o método da ACP seguido do mesmo tipo de rotação (AFE de segunda ordem). Apenas os factores extraídos com *eigenvalues* superiores a 1 (critério de Kaiser) foram retidos para análise. A selecção dos itens para cada factor foi baseada em critérios estatísticos e de interpretabilidade dos dados, sendo que *loadings* abaixo de .4 nos factores foram excluídos (Tabachnick & Fidell, 2007).

Num segundo momento, após a extracção final dos factores da *SSCS* e do *SIS/SES*, realizou-se uma análise factorial confirmatória (AFC) de forma a testar a adequação das soluções obtidas segundo os princípios dos Modelos das Equações Estruturais (MEE) (Tabachnick & Fidell, 2007). Para o efeito, utilizou-se o programa AMOS Graphics 18 e os índices de ajustamento *qui-quadrado* ( $\chi^2$ ), *non-normed fit index* (NNFI), *comparative fit index* (CFI), e *root mean square error of approximation* (RMSEA) (Hu & Bentler, 1999). A validade discriminante entre os factores testados foi avaliada segundo a magnitude das correlações evidenciadas entre os mesmos (Ping, 2004).

A estabilidade temporal dos dois instrumentos foi avaliada recorrendo ao cálculo de correlações de *Pearson* para as pontuações nas respectivas subescalas, em duas administrações consecutivas com um intervalo de 2 semanas. A análise da consistência interna foi estudada usando o *alpha* de Cronbach das respectivas subescalas.

#### *2.4.2. Estudo II: Preditores do funcionamento erétil numa amostra universitária: Estudo exploratório acerca do papel de variáveis disposicionais*

Neste estudo foram efectuadas regressões múltiplas (método Enter) de forma a avaliar a capacidade preditora das dimensões da personalidade (*NEO-FFI*), afecto-traço (*PANAS*), excitação e inibição sexual (*SIS/SES*) e auto-consciência sexual (*SSCS*) no funcionamento erétil. O funcionamento erétil, considerado como variável dependente ou critério nestas análises, foi avaliado pelo domínio do funcionamento erétil do *IIEF*. As variáveis predictoras foram testadas em regressões múltiplas independentes para cada grupo de variáveis. Foi utilizada a Correção de Bonferroni para a determinação da significância estatística dos preditores (Maroco, 2007). Por fim, realizou-se uma regressão múltipla (método Enter) de forma a avaliar o contributo relativo das dimensões que mostraram maior capacidade preditiva no funcionamento erétil (afecto-traço negativo, excitação sexual, inibição sexual devido a ameaça de falha no desempenho e embaraço sexual), tendo como variáveis independentes as referidas variáveis e como variável dependente o funcionamento erétil avaliado pelo domínio do funcionamento erétil do *IIEF*. A Correção de Bonferroni foi utilizada para a determinação da significância estatística das variáveis predictoras.

#### *2.4.3. Estudo III: Factores de vulnerabilidade psicológica para a disfunção erétil: A relevância de variáveis disposicionais em homens com e sem disfunção erétil*

De forma a estudar o papel das dimensões da personalidade (*NEO-FFI*), afecto-traço (*PANAS*), excitação e inibição sexual (*SIS/SES*) e auto-consciência sexual (*SSCS*) no funcionamento erétil foram efectuadas análises multivariadas da covariância (MANCOVAs) individualmente para cada grupo de dimensões, tendo como variável independente o funcionamento erétil (grupo clínico vs. grupo controlo) e como variáveis dependentes as pontuações para cada grupo de dimensões. Tendo-se verificado que os grupos diferiram significativamente entre si no que respeita às variáveis demográficas idade, estado civil e habilitações literárias, avaliou-se previamente o efeito individual de cada uma destas variáveis nos grupos de dimensões avaliadas, recorrendo para o efeito a análises multivariadas da variância (MANOVAs). As variáveis cujo efeito se revelou significativo foram utilizadas como covariáveis na MANCOVA de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes. A psicopatologia (avaliada pelo *BSI*) foi igualmente incluída como covariável nas MANCOVAs por se poder constituir uma variável confundente. Efectuaram-se, ainda, análises simples univariadas da variância (ANOVAs), seguidas de testes post-hoc com o objectivo de detectar diferenças entre as médias dos dois grupos nas dimensões



avaliadas. A Correção de Bonferroni foi utilizada para a determinação do nível de significância estatística.

#### *2.4.4. Estudo IV: Relevância clínica das variáveis disposicionais na diferenciação da disfunção erétil associada a factores de risco médicos e psicológicos*

O objectivo deste estudo foi o de identificar as dimensões da personalidade (*NEO-FFI*), afecto-traço (*PANAS*), excitação e inibição sexual (*SIS/SES*) e auto-consciência sexual (*SSCS*) que melhor diferenciavam os três grupos em análise (disfunção erétil de etiologia predominantemente psicológica vs. disfunção erétil de etiologia combinada vs. grupo sem disfunção erétil). Para este efeito, efectuou-se uma análise discriminante (método Standard) utilizando-se como variáveis preditoras as pontuações obtidas em cada grupo de dimensões individualmente e como variáveis dependentes os três grupos. Consideraram-se como estatisticamente significativas as funções discriminantes identificadas com um nível de significância igual ou inferior a  $p < .05$ .



## Capítulo 3

---

*Estudo I: Estudos de validação da versão Portuguesa da Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS) e das Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)*



## Estudo I

### Estudos de validação da versão Portuguesa da *Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)* e das *Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)*

#### 3.1. Introdução

A utilização de instrumentos de avaliação psicológica em contexto clínico permite avaliar de uma forma rápida e eficaz, dentro da objectividade possível, determinados constructos psicológicos. O recurso a estes instrumentos de avaliação (*e.g.*, escalas, questionários) constitui-se igualmente como uma das técnicas por excelência de recolha de dados no campo da investigação quantitativa em Psicologia (Ribeiro, 2010). A sua utilização pressupõe, no entanto, algum bom senso, nomeadamente no que se refere ao real significado imbuído nos números obtidos que não são mais do que indicadores informativos das dimensões que se pretendem avaliar.

A aplicação de um instrumento de avaliação raramente está circunscrita à população para a qual ele foi inicialmente desenvolvido. A menos que o instrumento seja previamente sujeito a um processo de adaptação à população na qual se pretende utilizar e que garanta, por um lado, a sua adequação linguística a esse novo universo e, por outro, teste a sua validade e fidelidade, o rigor psicométrico dos dados que produz é sempre muito discutível (Hill & Hill, 2005). Como na maioria dos estudos, e este não é excepção, os instrumentos de avaliação utilizados neste trabalho foram originalmente desenvolvidos para outras populações que não a Portuguesa. Por esta razão, a selecção dos instrumentos utilizados para a recolha de dados recaiu sempre que possível sobre as versões Portuguesas que ofereciam melhor garantia de rigor e validade psicométrica ou, por outras palavras, que se encontravam validadas para esta população. Nos casos em que os estudos de validação não se encontravam disponíveis, como se verificou para a *Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)* e para as *Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)*, optou-se por realizar um estudo preliminar para avaliar as características psicométricas desses questionários e apresentar os seus resultados neste capítulo.

O objectivo deste primeiro estudo foi o de adaptar e validar o *SSCS* e *SIS/SES* para a sua utilização na população Portuguesa. Estes questionários foram desenvolvidos e têm sido amplamente utilizados no campo de investigação em Sexologia a nível internacional e espera-se que o estudo psicométrico assegure a sua adequação à população Portuguesa.

### 3.2. Metodologia

#### 3.2.1. Participantes

Nos estudos para a validação do *SSCS* participaram 318 estudantes universitários (154 homens e 164 mulheres) com idades compreendidas entre os 18 e os 47 anos (homens:  $M = 22.5$ ,  $DP = 4.6$ ; mulheres:  $M = 21.8$ ,  $DP = 4.8$ ). A amostra recolhida para a validação do *SIS/SES* foi constituída por 370 homens e 373 mulheres provenientes da comunidade e de instituições universitárias, com idades compreendidas entre os 18 e os 86 anos (homens:  $M = 38.8$ ,  $DP = 15.8$ ; mulheres:  $M = 34.1$ ;  $SD = 14.1$ ). A caracterização de ambas as amostras é descrita em pormenor na secção 2.1.1. da *Metodologia* (Capítulo 2).

#### 3.2.2. Procedimentos

Após obtidas as autorizações para a utilização e adaptação das escalas para a população Portuguesa, procedeu-se à sua tradução para a Língua Portuguesa e retroversão para a Inglesa por investigadores independentes e com um bom domínio de ambos os idiomas. As versões obtidas foram comparadas e avaliadas quanto à adequação e equivalência transcultural dos itens por um painel de investigadores em Sexologia.

A versão Portuguesa da *SSCS* foi preenchida por 318 estudantes da Universidade de Aveiro e a versão do *SIS/SES* por 743 participantes da população geral (amostras de conveniência). Todos os participantes foram informados acerca dos objectivos do estudo e da natureza anónima e confidencialidade das respostas. Após assinarem o formulário de consentimento informado, os sujeitos preencheram os questionários e devolveram-nos em envelope fechado aos responsáveis pela condução da sessão de recolha de dados. Não foi oferecida qualquer compensação monetária ou de outra natureza pela participação no estudo. A descrição dos procedimentos encontra-se detalhada na secção 2.2.1. da *Metodologia* (Capítulo 2).

#### 3.2.3. Instrumentos

A descrição dos instrumentos de avaliação utilizados neste estudo e que de seguida se enumeram encontra-se na secção 2.3. da *Metodologia* (Capítulo 2):

1. *Formulário Sócio-Demográfico e de História Médica e Sexual (FSD-HMS)*,
2. *Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)*,
3. *Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)*.

### 3.3. Resultados

#### 3.3.1. Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)

##### 3.3.1.1. Análise Factorial Exploratória

Foi efectuada uma análise factorial exploratória (AFE) de forma a determinar a estrutura factorial da versão Portuguesa da SSCS. Os dados provenientes da amostra masculina e feminina foram analisados em conjunto de forma a maximizar a variabilidade dos dados e para obter uma estrutura factorial única para homens e mulheres. Seguindo os procedimentos estatísticos utilizados na validação da escala original, recorreu-se ao método das componentes principais (ACP) seguido de uma rotação oblíqua ( $\delta = 0$ ) para a extracção dos factores. O critério Kaiser-Meyer-Olkin verificou a validade da AFE e a adequação da amostra para a análise,  $KMO = .81$  (Field, 2009; Maroco, 2007), e o teste de esfericidade de Bartlett,  $\chi^2 = 482.93$ ,  $p < .001$ , mostrou que as correlações observadas entre os itens eram adequadas para a ACP. De acordo com o critério de Kaiser, dois factores foram identificados com *eigenvalues* superiores a 1, explicando em conjunto cerca de 54% da variância total. A selecção dos itens para cada factor foi baseada em critérios estatísticos (*loadings* superiores a .4) e de interpretabilidade dos dados (Tabachnick & Fidell, 2007).

O primeiro componente agrupou *loadings* de 7 itens (*eigenvalue* = 4.3, variância explicada = 36%) reflectindo inibição e desconforto em situações sexuais (e.g., “Leva-me algum tempo a ultrapassar a minha timidez em situações sexuais”, “Sinto-me desconfortável em situações sexuais”) e designou-se por *Embaraço Sexual* à semelhança da subescala original. O segundo factor reflecte a propensão para se estar auto-consciente em situações sexuais (e.g., “Muitas vezes imagino-me como me comporto durante o sexo”, “Presto muita atenção aos meus pensamentos e sentimentos sexuais”) e reuniu *loadings* de 5 itens da subescala *Auto-focus Sexual* da SSCS (*eigenvalue* = 2.2, variância explicada = 18%), recebendo, por isso, a designação original da subescala. Contrariamente ao verificado no estudo psicométrico original, o item 2 (“Estou preocupado/a pela forma como me comporto sexualmente”) apresentou um melhor ajuste no primeiro factor (*Embaraço Sexual*) do que na subescala original (*Auto-focus Sexual*).

A magnitude das correlações entre os dois factores foi baixa e estatisticamente significativa ( $r_{ES-AFS} = .29$ ,  $p < .002$ ), reflectindo a relativa independência entre ambos. O resumo dos itens e respectivos *loadings* em cada factor verificados na matriz padrão é apresentado na Tabela 11.

Tabela 11

*Análise Factorial Exploratória: Itens e respectivos loadings da versão Portuguesa do SSCS*  
(*N* = 318).

Itens	Factor 1	Factor 2
<i>Subescala Embaraço Sexual</i>		
1. Sinto-me desconfortável em situações sexuais.	<b>.84</b>	-.26
4. Sinto-me facilmente embaraçado/a em situações sexuais.	<b>.84</b>	-.04
11. Leva-me algum tempo a ultrapassar a minha timidez em situações sexuais.	<b>.83</b>	-.17
9. Sinto que é difícil “deixar-me ir” sexualmente em frente a outra pessoa.	<b>.72</b>	.10
12. Durante o sexo, sinto-me continuamente a ser observado/a pela outra pessoa.	<b>.71</b>	.05
10. Quando me vejo durante o sexo, estou irritantemente consciente de mim próprio/a.	<b>.58</b>	.18
2. Estou preocupado/a pela forma como me comporto sexualmente.	<b>.56</b>	.26
<i>Subescala Auto-focus Sexual</i>		
3. Presto muita atenção aos meus pensamentos e sentimentos sexuais.	-.14	<b>.77</b>
7. Durante o sexo estou consciente da impressão que causo na outra pessoa.	-.20	<b>.77</b>
8. Durante o sexo eu presto muita atenção ao que acontece dentro do meu corpo.	.08	<b>.63</b>
6. Muitas vezes imagino como me comporto durante o sexo.	.23	<b>.59</b>
5. Durante o sexo, muitas vezes me pergunto o que a outra pessoa estará a pensar de mim.	.32	<b>.57</b>
<i>Eigenvalues</i>		
Variância explicada	4.26	2.20
	35.63	18.34

*Nota:* Os *loadings* acima de .40 em cada factor estão destacados a negrito.

### 3.3.1.2. Análise Factorial Confirmatória

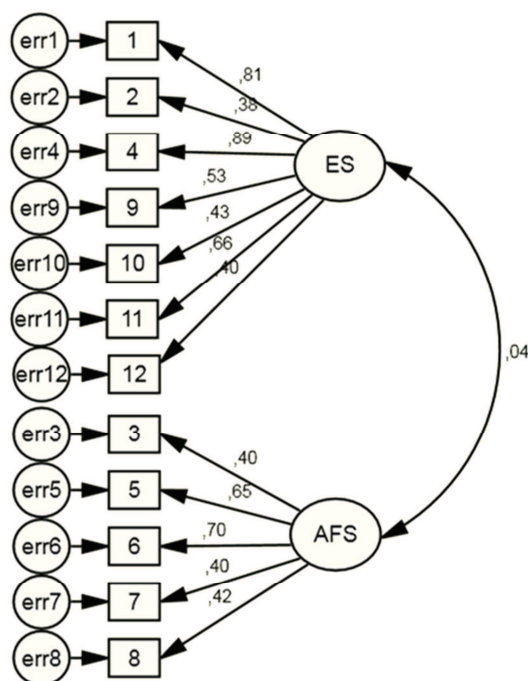
Foi realizada uma análise factorial confirmatória (AFC) de forma a testar a adequação do modelo de dois factores da SSCS na amostra Portuguesa. O modelo foi testado de acordo com os princípios dos Modelos das Equações Estruturais (MEE) (Tabachnick & Fidell, 2007) pelo recurso ao programa AMOS Graphics 18 e usando os seguintes índices de ajustamento:

*qui-quadrado* ( $\chi^2$ ), *non-normed fit index* (NNFI), *comparative fit index* (CFI), e *root mean square error of approximation* (RMSEA). Os índices de ajustamento obtidos sugerem uma razoável adequação do modelo aos dados,  $\chi^2 = 94.64$ ,  $p < .001$ , NNFI = .74, CFI = .90, RMSEA = .08 (Hu & Bentler, 1999).

De acordo com o ilustrado na Figura 3, o critério da validade discriminante entre os factores foi respeitado, conforme indicado pela baixa correlação entre os mesmos (Ping, 2004), sugerindo que as duas dimensões avaliam diferentes aspectos da auto-consciência sexual.

Figura 3

*O Modelo dos dois factores da Auto-Consciência Sexual.*



*Nota:* ES = Subescala Embaraço Sexual, AFS = Subescala Auto-focus Sexual.

### 3.3.1.3. Estabilidade temporal da SSCS

A estabilidade temporal da SSCS foi estudada através das correlações de *Pearson* para as duas subescalas que compõem o instrumento e para as pontuações totais da escala de 112

participantes, em duas administrações consecutivas do questionário com um intervalo de 2 semanas. A correlação teste-reteste foi elevada para a subescala do Embaraço Sexual ( $r = .78$ ,  $p < .001$ ) e moderada para a subescala do Auto-focus Sexual ( $r = .53$ ,  $p < .001$ ) e total da escala ( $r = .69$ ,  $p < .001$ ), indicando uma adequada estabilidade temporal do instrumento.

#### 3.3.1.4. Consistência interna da SSCS

A consistência interna da SSCS foi estudada usando o *alpha* de Cronbach do total da escala e das duas subescalas calculados separadamente. A consistência interna foi elevada para a subescala do Embaraço Sexual (7 itens:  $\alpha = .86$ ) e para o total da escala (12 itens:  $\alpha = .82$ ), e satisfatória para a subescala do Auto-focus Sexual (5 itens:  $\alpha = .72$ )

#### 3.3.2. Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)

##### 3.3.2.1. Análise Factorial Exploratória

Foi realizada uma AFE com o objectivo de determinar a estrutura factorial da versão Portuguesa do SIS/SES. Os dados provenientes da amostra masculina e feminina foram analisados em conjunto de forma a aumentar a variabilidade dos dados e para se obter uma estrutura factorial comum para ambos os géneros. Seguindo a metodologia utilizada no estudo de validação original, recorreu-se ao método da factorização do eixo principal seguido de uma rotação ortogonal *varimax* para a extracção dos factores. O critério Kaiser-Meyer-Olkin verificou a validade da AFE e a adequação da amostra para a análise,  $KMO = .9$  (Field, 2009; Maroco, 2007), e o teste de esfericidade de Bartlett  $\chi^2 = 11889$ ,  $p < .001$ , mostrou que as correlações observadas entre os itens eram adequadas para a análise.

Foram identificados nove factores com *eigenvalues* superiores a 1, explicando, em conjunto, 55% da variância total. A selecção dos itens para cada factor foi baseada em critérios estatísticos e de interpretabilidade dos dados. Apenas itens com *loadings* superiores a .4 foram retidos (Tabachnick & Fidell, 2007). Três factores foram excluídos por integrarem apenas itens com *loadings* inferiores a .4 (4 itens do SIS1 e 4 do SIS2).

O primeiro factor extraído designou-se por *Excitação Sexual Geral (SES-G)* e foi composto por 18 itens da escala SES original. Os itens que compõem este factor descrevem situações onde ocorre excitação sexual em resultado da interacção social envolvendo pessoas sexualmente atraentes (e.g., “Quando uma pessoa atraente *flerta* comigo, facilmente fico sexualmente excitado/a”), como consequência da exposição a certos estímulos visuais (e.g., “Quando vejo fotografias eróticas, facilmente fico sexualmente excitado/a”) ou a estímulos não especificados (e.g., “Quando estou a tomar duche ou banho, facilmente fico sexualmente



excitado/a”), e excitação sexual na sequência de fantasias ou pensamentos sexuais (e.g., “Quando começo a fantasiar sobre sexo, rapidamente fico sexualmente excitado/a”).

O factor designado por *Inibição sexual devido à ameaça de falha do desempenho – Distracção e Performance (SIS1-DP)* foi composto por 8 itens que traduzem a inibição sexual como resultado da preocupação em satisfazer sexualmente o parceiro (e.g., “Se estou preocupado/a em satisfazer sexualmente a minha/o meu parceira/o, facilmente perco a erecção/ tal interfere com a minha excitação”), ou resultante de distração em contexto sexual (e.g., “Se algum pensamento me distrai, facilmente perco a erecção/excitação”).

O terceiro factor, *Inibição sexual devida a ameaça das consequências do desempenho – Consequências Sociais (SIS2-CS)*, integrou 4 itens relacionados com a inibição sexual como resultado do risco em ser visto, ouvido ou apanhado em flagrante durante a actividade sexual (e.g., “Se alguém me puder ver a praticar sexo, é provável que não permaneça sexualmente excitado/a” ou “Se estou a praticar sexo num local ao ar livre e isolado e penso que alguém pode estar por perto, é provável que não fique muito excitado/a”).

O factor *Inibição sexual devido à ameaça de falha do desempenho – Prazer e Excitação do Parceiro (SIS1-PEP)* consistiu em 2 itens cotados inversamente que avaliam a inibição durante a actividade sexual em função da resposta sexual do parceiro (e.g., “Quando reparo que a minha/meu parceira/o está sexualmente excitada/o a minha excitação aumenta” e “Durante o acto sexual, satisfazer sexualmente a minha/o meu parceira/o excita-me mais”).

O quinto factor, *Inibição sexual devida a ameaça das consequências do desempenho – Consequências Indesejadas (SIS2-CI)*, compreendeu 3 itens relacionados com consequências não desejadas resultantes da actividade sexual (e.g., “Se há o risco de gravidez indesejada, é provável que não fique sexualmente excitado/a” ou “Se me apercebo que há risco de contrair uma doença sexualmente transmissível, é provável que não permaneça sexualmente excitado/a”).

Por fim, o factor intitulado de *Excitação Sexual – Resposta Genital (SES-RG)* agrupou 2 itens focando a componente genital da excitação sexual (e.g., “Quando me sinto sexualmente excitado/a, geralmente tenho uma erecção/resposta genital” ou “Quando me sinto interessado/a em sexo, geralmente tenho uma erecção/resposta genital”).

O resumo dos itens e respectivos *loadings* em cada factor verificados na matriz padrão é apresentado na tabela seguinte (Tabela 12).

Tabela 12

*Análise Factorial Exploratória: Itens e respectivos loadings da versão Portuguesa das Escalas de Excitação e Inibição Sexual (N = 743).*

Itens	Loadings
<b>Excitação Sexual – Geral (SES-G)</b>	
14. Quando penso que alguém sexualmente atraente quer praticar sexo comigo, rapidamente fico sexualmente excitado/a.	.75
13. Quando vejo alguém atraente vestido de uma forma sensual, facilmente fico sexualmente excitado/a.	.73
35. Quando penso numa pessoa muito atraente, facilmente fico sexualmente excitado/a.	.73
39. Quando vejo uma pessoa atraente começo a ter fantasias sexuais com ela.	.72
44. Quando uma pessoa atraente <i>flerta</i> comigo, facilmente fico sexualmente excitado/a.	.72
30. Quando uma pessoa desconhecida, sexualmente atraente me olha nos olhos, fico excitado/a.	.68
6. Quando uma pessoa desconhecida sexualmente atraente me toca por acaso, facilmente fico sexualmente excitado/a.	.66
37. Quando começo a fantasiar sobre sexo, rapidamente fico sexualmente excitado/a.	.63
1. Quando vejo fotografias eróticas, facilmente fico sexualmente excitado/a.	.60
3. Se estou sozinho/a a assistir a uma cena de sexo num filme, rapidamente fico sexualmente excitado/a.	.59
38. Quando vejo outras pessoas a praticarem actividades sexuais apetece-me fazer sexo.	.59
29. Se estou com outras pessoas a ver um filme pornográfico, rapidamente fico sexualmente excitado/a.	.58
7. Quando tenho um jantar calmo à luz das velas com alguém que considero sexualmente atraente fico excitado/a.	.56
25. Só pensar num encontro sexual passado é o suficiente para ficar sexualmente excitado/a.	.56
16. Quando falo ao telefone com alguém que tem uma voz sensual fico sexualmente excitado/a.	.55
26. Quando estou a tomar duche ou banho, facilmente fico sexualmente excitado/a.	.54
4. Por vezes fico sexualmente excitado/a apenas por estar deitado/a ao sol.	.54
32. Quando visto algo com que me sinto atraente é provável que fique sexualmente excitado/a.	.42

**Inibição sexual devido à ameaça de falha do desempenho – Distracção e Performance (SIS1-DP)**

19. Não consigo ficar excitado/a, a não ser que me concentre exclusivamente no estímulo sexual. .69
10. Quanto pratico sexo, tenho de me concentrar nos meus próprios sentimentos sexuais para manter a erecção/excitação. .66
9. Preciso que toquem no meu pénis/estimulem o meu clitóris para manter uma erecção/continuar excitada. .63
21. Se estou preocupado em satisfazer sexualmente a minha/o meu parceira/o, facilmente perco a erecção/tal interfere com a minha excitação. .52
36. Assim que consigo uma erecção/fico sexualmente excitada, quero iniciar a penetração de imediato antes que perca a erecção/excitação. .51
20. Se sinto que esperam de mim uma resposta sexual, tenho dificuldade em ficar excitado/a. .49
23. É difícil ficar sexualmente excitado/a, a não ser que fantasie sobre uma situação muito excitante. .48
40. Se algum pensamento me distrai, facilmente perco a erecção/excitação. .48

**Inibição sexual devida a ameaça das consequências do desempenho – Consequências Sociais (SIS2-CS)**

28. Se alguém me puder ver a praticar sexo, é provável que não permaneça sexualmente excitado/a. .64
24. Se alguém me puder ouvir a praticar sexo, é pouco provável que permaneça sexualmente excitado/a. .60
12. Se estou a praticar sexo num local ao ar livre e isolado e penso que alguém pode estar por perto, é provável que não fique muito excitado/a. .55
22. Se estou sozinho a masturbar-me e me apercebo que alguém pode entrar a qualquer momento no quarto, perco a erecção/excitação sexual. .53

**Inibição sexual devido à ameaça de falha do desempenho – Prazer e Excitação do Parceiro (SIS1-PEP)**

45. Durante o acto sexual, satisfazer sexualmente a minha/o meu parceira/o excita-me mais (item cotado inversamente). .87
17. Quando reparo que a minha/o meu parceira/o está sexualmente excitada/o a minha excitação aumenta (item cotado inversamente). .87

**Inibição sexual devida a ameaça das consequências do desempenho – Consequências Indesejadas (SIS2-CI)**

8. Se há o risco de gravidez indesejada, é provável que não fique sexualmente excitado/a. .58
27. Se me apercebo que há risco de contrair uma doença sexualmente transmissível, é provável que não permaneça sexualmente excitado/a. .51
18. Se a minha/meu nova/o parceira/o sexual não quer usar preservativo/sexo seguro, é provável que eu não permaneça excitado/a. .45

**Excitação Sexual – Resposta Genital (SES-RG)**

43. Quando me sinto interessado/a em sexo, geralmente tenho uma erecção/resposta genital (*e.g.*, lubrificação vaginal, ficar húmida). .61
11. Quando me sinto sexualmente excitado/a, geralmente tenho uma erecção/resposta genital (*e.g.*, lubrificação vaginal, ficar húmida). .53

***Itens excluídos***

42. Se ficar distraído/a por ouvir música, ver televisão ou uma conversa, é pouco provável que fique excitado/a. .38
34. Se praticar sexo provoca dor à minha/meu parceira/o, é provável que eu não permaneça sexualmente excitado/a. .37
15. Se eu descobrir que alguém que considero sexualmente atraente é demasiado novo, tenho dificuldade em ficar sexualmente excitado/a com ela/ele. .36
41. Confio muitas vezes no poder das fantasias para manter a erecção/manter-me sexualmente excitada. .35
31. Se penso que praticar sexo me provocará dor, perco a erecção/excitação. .34
5. Colocar um preservativo pode fazer-me perder a erecção/Usar um preservativo ou outros produtos de sexo seguro pode fazer-me perder a excitação. .31
33. Se penso que posso não conseguir ter uma erecção, o mais provável é não conseguir mesmo/Se estiver preocupada por estar demasiado seca, é pouco provável que fique lubrificada (molhada). .28
2. Se sinto que estou a ser apressado/a, é provável que não fique muito excitado/a. .27

*Nota:* Os itens apresentados integram as versões masculinas e femininas do *SIS/SES*.

Foi realizada uma AFE de segunda ordem nos seis factores apurados usando o método das componentes principais seguido de uma rotação ortogonal *varimax*. A análise identificou três factores de segunda ordem que explicaram 67% da variância observada ( $KMO = .52$ , teste de esfericidade de Bartlett,  $\chi^2 = 410$ ,  $p < .001$ ), dois dos quais relacionados com a dimensão de inibição sexual e um com a dimensão de excitação sexual. Conforme ilustrado na Tabela 13, o primeiro factor agrupou os factores de primeira ordem SIS2-CS e SIS2-CI que no seu conjunto são compostos por 7 itens do SIS2 original (*eigenvalue* = 1.7, variância explicada = 28%). O segundo componente foi igualmente composto por 2 factores de primeira ordem, SES-G e SES-RG, que reúnem os 20 itens do SES original (*eigenvalue* = 1.4, variância explicada = 23%). O último factor de segunda ordem identificado integrou o SIS1-DP e foi composto por 8 itens (*eigenvalue* = 1, variância explicada = 17%). Embora o SIS1-DP tenha apresentado *loadings* superiores a .4 em dois factores de segunda ordem (SIS1 e SIS2), decidiu-se por mantê-lo no factor onde revelou ter melhor ajuste (*SIS1*) e também por questões de interpretabilidade. O factor SIS1-PEP apresentou *loadings* abaixo de .4 e foi excluído. Uma vez que a versão Portuguesa replicou a estrutura factorial original do questionário, as designações originais das subescalas foram mantidas (ver Tabela 13).

A magnitude das correlações entre o factor de excitação e as duas dimensões da inibição sexual foram baixas e não estatisticamente significativas ( $r_{SES-SIS1} = .04$ , *ns* e  $r_{SES-SIS2} = -.06$ , *ns*), e moderadas e estatisticamente significativas para os dois factores de inibição sexual ( $r_{SIS1-SIS2} = .35$ ,  $p < .001$ ).

Tabela 13

*Análise factorial exploratória de segunda ordem: Loadings das subescalas nos factores de segunda ordem (N = 743)*

Subescalas	Excitação Sexual	Inibição Sexual 1	Inibição Sexual 2
SIS2 – Consequências Sociais	-.13	-.13	<b>.81</b>
SIS2 - Consequências Indesejadas	.10	.14	<b>.55</b>
SES - Geral	<b>.70</b>	.05	-.07
SES – Resposta Genital	<b>.44</b>	.33	.20
SIS1- Distracção e Performance	.14	<b>-.46</b>	.42
SIS1- Prazer e Excitação do parceiro	.03	.08	.01

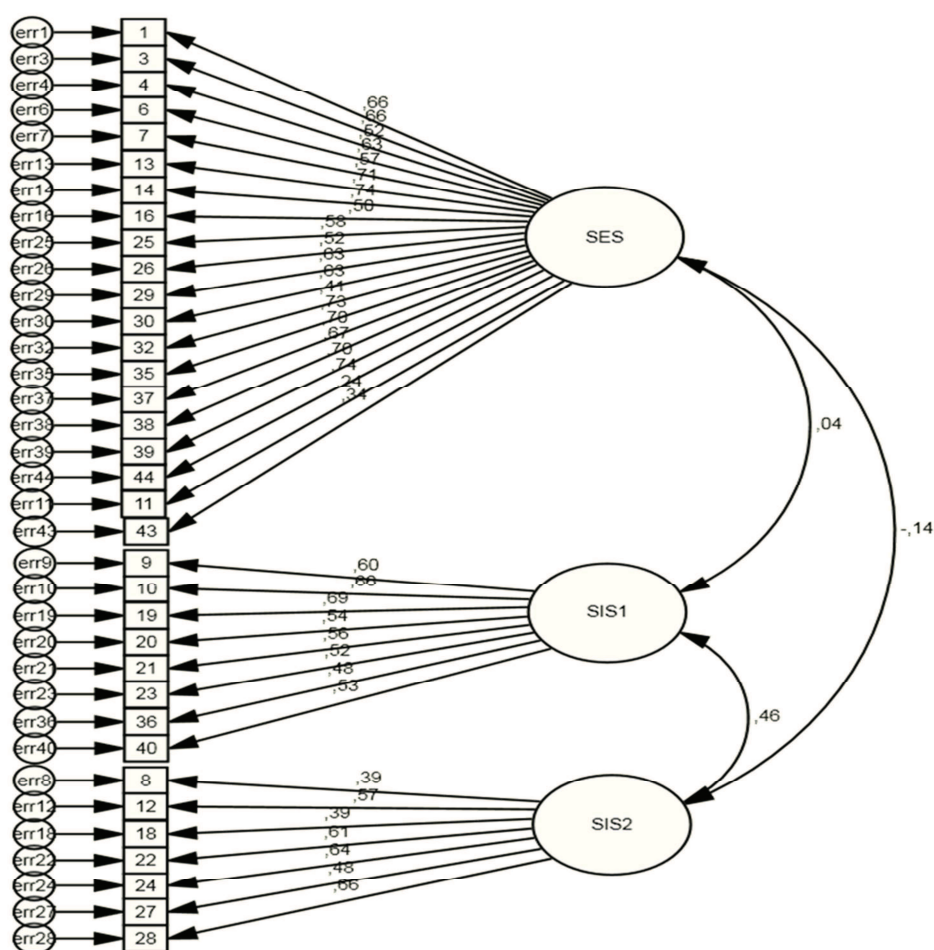
### 3.3.2.2. Análise Factorial Confirmatória

Foi realizada uma AFC de forma a testar a adequação do modelo de três factores do *SIS/SES* na amostra Portuguesa. O modelo foi testado de acordo com os princípios dos Modelos das Equações Estruturais (Tabachnick & Fidell, 2007) pelo recurso ao programa AMOS Graphics 18 e usando os seguintes índices de ajustamento: *qui-quadrado* ( $\chi^2$ ), *non-normed fit index* (NNFI), *comparative fit index* (CFI), e *root mean square error of approximation* (RMSEA). Os índices de ajustamento obtidos sugerem uma boa adequação do modelo aos dados,  $\chi^2 = 2129.8$ ,  $p < .001$ , NNFI = .78; CFI = .82, RMSEA = .06 (Hu & Bentler, 1999). O modelo dos três factores do *SIS/SES* encontra-se representado na Figura 4.

As correlações baixas a moderadas verificadas entre os factores indicam que o critério da validade discriminante entre os factores foi cumprido (Ping, 2004), sugerindo que as três dimensões avaliam aspectos diferentes relativos à propensão sexual.

Figura 4

*O modelo dos três factores da versão Portuguesa do SIS/SES*



### 3.3.2.3. Estabilidade temporal do SIS/SES

A estabilidade temporal do SIS/SES foi estudada através do cálculo de correlações de *Pearson* para as pontuações obtidas por 24 participantes nas subescalas do instrumento, em duas administrações consecutivas do questionário com um intervalo de 2 semanas. A correlação teste-reteste foi moderada a elevada para as três subescalas (SES e SIS1  $r = .65$ ,  $p < .05$ , SIS2  $r = .72$ ,  $p < .01$ ), sugerindo uma adequada estabilidade temporal do instrumento.

### 3.3.2.4. Consistência interna do SIS/SES

A consistência interna do SIS/SES foi avaliada pelo recurso ao cálculo do *alpha* de Cronbach para as três subescalas em separado. A consistência interna foi elevada para as subescalas SES (20 itens:  $\alpha = .92$ ) e SIS1 (8 itens:  $\alpha = .80$ ), e satisfatória para a SIS2 (7 itens:  $\alpha = .74$ ), confirmando a boa consistência interna do instrumento.

## 3.4. Discussão

O objectivo definido para este primeiro estudo foi o de validar as versões Portuguesas do SSCS e do SIS/SES em amostras alargadas da população geral. As amostras utilizadas foram recolhidas com o intuito de serem suficientemente abrangentes para assegurar a estabilidade das soluções encontradas nos estudos factoriais e para garantir a confiança nos resultados (Tabachnick & Fidell, 2007). De uma forma geral, os dados obtidos revelaram uma boa adequação das medidas avaliadas à população Portuguesa.

A escolha da técnica estatística mais adequada para o estudo factorial de cada um dos instrumentos mereceu especial reflexão neste trabalho. Embora a estrutura factorial das escalas fosse conhecida *a priori* e por essa razão se possa argumentar que do ponto de vista estatístico a realização da análise factorial confirmatória seja a mais indicada e dispense uma análise exploratória prévia, optou-se mesmo assim pela realização de ambas as análises. A justificação prende-se com o facto de que mesmo que as análises confirmatórias realizadas em modelos conhecidos possam revelar uma boa adequação de determinada matriz factorial, tal não significa que essa matriz seja a única que se ajuste aos dados (Kline, 1998). Assim, tendo em consideração que os estudos apresentados no presente capítulo testam pela primeira vez a estrutura teórica dos instrumentos numa nova população, a população Portuguesa, considerou-se pertinente avaliar em primeiro lugar a forma como os dados se comportariam e que tipo de matriz factorial se geraria numa análise exploratória. Os resultados obtidos nesta análise foram utilizados para criar um modelo que foi testado posteriormente por intermédio



da análise factorial confirmatória. Este tem sido, aliás, o procedimento adoptado noutros estudos de validação (Quinta Gomes & Nobre, 2012b; Varjonen et al., 2007).

Os estudos de validação realizados com o *SIS/SES* replicaram a estrutura factorial original da escala e os índices de ajustamento obtidos sugerem uma boa adequação do modelo aos dados Portugueses. Os três factores identificados revelaram valores de fidelidade e de consistência interna igualmente adequados e semelhantes aos encontrados no estudo com a escala original (Janssen et al., 2002a) e também no estudo de validação realizado com uma amostra Finlandesa (Varjonen et al., 2007), embora neste último a dimensão do SES tivesse apresentado uma composição mais complexa ao integrar três subescalas.

À semelhança da escala original, a versão Portuguesa da *SSCS* apresentou uma estrutura bidimensional, posteriormente corroborada em análises confirmatórias reflectindo índices adequados de ajustamento do modelo testado. No mesmo sentido foram os resultados da análise psicométrica que revelaram níveis adequados de consistência interna e de fidelidade teste-reteste das duas subescalas e próximos dos valores encontrados no estudo realizado com a escala original (van Lankveld et al., 2008). A diferença mais notória entre os dois estudos registou-se ao nível da subescala do auto-focus sexual, que no estudo com a versão Portuguesa apresentou menor estabilidade temporal. Este dado poderá ser justificado pelo facto da amostra utilizada neste estudo ser exclusivamente universitária e bastante jovem. De facto, o meio universitário favorece a experimentação sexual e se para alguns jovens este período da vida coincide com o início da actividade sexual, para outros é um período marcado por práticas sexuais mais regulares e intensas, não raramente com múltiplos parceiros. Se, por um lado, este é um momento chave para os jovens no que respeita ao desenvolvimento e consolidação das suas competências sexuais e afectivas, por outro, é também uma fase crítica em que estão mais susceptíveis a se envolver em comportamentos sexuais de risco e também a experienciar dificuldades sexuais (Quinta Gomes & Nobre, no prelo). Assim sendo, é concebível que o foco da atenção durante a actividade sexual possa ser menos estável entre situações sexuais e variar também consoante o parceiro, havendo momentos em que os jovens se encontram mais ou menos centrados em si próprios nesses contextos (*e.g.*, na sua performance sexual ou na aparência no corpo). Apesar dos dados encontrados para a fidelidade teste-reteste não colocarem em causa a estabilidade temporal da subescala, uma vez que se encontram dentro dos limites aceitáveis, é recomendável a repetição desta análise numa amostra diferente e mais diversificada antes de se tirarem conclusões definitivas acerca da sua estabilidade.



Em síntese, os resultados dos estudos psicométricos realizados em amostras preliminares no âmbito do presente trabalho revelaram a adequação psicométrica das escalas *SSCS* e *SIS/SES*. Desta forma, a sua utilização para a avaliação de aspectos relacionados com a auto-consciência sexual (*SSCS*) e com a inibição/excitação sexual (*SIS/SES*) é recomendada e encorajada, em contexto clínico ou de investigação, na população Portuguesa.



## Capítulo 4

---

*Estudo II: Preditores do funcionamento erétil numa amostra universitária: Estudo exploratório acerca do papel de variáveis disposicionais*



## Capítulo 4

### Preditores do funcionamento erétil numa amostra universitária: Estudo exploratório acerca do papel de variáveis disposicionais

#### 4.1. Introdução

Embora esteja amplamente documentada a relevância dos factores psicológicos de natureza cognitiva (*e.g.*, atenção, pensamentos no decorrer da actividade sexual) e emocional (*e.g.*, afecto estado) no funcionamento sexual, pouco se conhece acerca da implicação de dimensões individuais mais estáveis ao nível da resposta sexual masculina.

No âmbito do modelo cognitivo-emocional de Nobre (*in* Soares & Nobre, 2012), a personalidade e a componente disposicional do afecto constituem dois factores de vulnerabilidade geral para as dificuldades sexuais. Mais especificamente, e de forma semelhante à que tem sido proposta para as perturbações de ansiedade e depressivas (Brown et al., 1998), a dimensão do neuroticismo, juntamente com as vertentes disposicionais do afecto negativo (elevado) e afecto positivo (baixo), constituem-se como factores de risco para os problemas sexuais à luz deste modelo (Soares & Nobre, 2012).

Os estudos que procuraram cruzar as dimensões gerais da personalidade com o funcionamento sexual são ainda escassos e mostram resultados pouco consistentes. A utilização de um referencial teórico ou modelo estruturado da personalidade que permita o estudo sistemático da personalidade no campo da sexualidade inspirou à aplicação do modelo dos cinco factores (*FFM*, Costa & McCrae, 1992) no funcionamento sexual. Os dados obtidos nestes estudos destacaram a dimensão do neuroticismo como sendo a mais significativa para o funcionamento sexual masculino (Fagan et al., 1991; Quinta Gomes & Nobre, 2011), embora não de uma forma totalmente consensual (Strand et al., 2002). Num estudo exploratório recente e especificamente desenhado para testar o efeito das cinco dimensões da personalidade (*FFM*) no funcionamento sexual, Quinta Gomes e Nobre (2011) demonstraram que o neuroticismo se constituía como o melhor preditor (negativo) do funcionamento sexual masculino de 205 homens da população geral Portuguesa. Os resultados deste estudo mostraram de uma forma inequívoca que níveis mais elevados na referida dimensão correspondiam a um funcionamento sexual mais pobre em homens sexualmente saudáveis e que poderiam estar igualmente implicados ao nível das dificuldades sexuais, como posteriormente os autores vieram a verificar (Quinta Gomes & Nobre, 2011).

No que respeita a estudos acerca do papel do afecto-traço (Watson & Tellegen, 1985) no funcionamento sexual masculino, os dados são ainda mais limitados. Quinta Gomes e Nobre (2009) demonstraram que ambas as variantes disposicionais do afecto (afecto-traço positivo e afecto-traço negativo) prediziam de forma significativa o funcionamento sexual masculino em homens sexualmente saudáveis da população geral Portuguesa. Mais concretamente, este estudo revelou que níveis elevados de afecto-traço negativo e baixos de afecto-traço positivo correspondiam a um pior funcionamento sexual em homens da comunidade. Os dados encontrados recentemente por Peixoto e Nobre (no prelo) vão no mesmo sentido no que respeita ao afecto-traço negativo, ao mostrar que esta dimensão apresentou um efeito preditivo significativo (negativo) do funcionamento sexual masculino em homens da comunidade, embora não tenham sido encontrados efeitos significativos para a dimensão do afecto-traço positivo. Estes autores verificaram também que a relação entre a dimensão do afecto-traço negativo e o funcionamento sexual era parcialmente mediada pelo humor depressivo (Peixoto & Nobre, no prelo).

No seu conjunto, os estudos envolvendo amostras da população geral e realizados com o intuito de avaliar o efeito das dimensões da personalidade e do afecto-traço no funcionamento sexual masculino apontam para uma associação significativa entre algumas destas variáveis e o funcionamento sexual, com destaque para o neuroticismo e para o afecto-traço negativo, e em menor grau para o afecto-traço positivo. Não obstante estes dados, é desejável a realização de mais estudos com o objectivo de clarificar a natureza da associação entre as referidas variáveis e testar o seu efeito especificamente ao nível da resposta de excitação sexual masculina.

A resposta de excitação sexual masculina parece ser igualmente modulada por variáveis individuais mais específicas e directamente relacionadas com a sexualidade, como a propensão para mecanismos de inibição e excitação sexual (Bancroft & Janssen, 2000). Os estudos realizados no âmbito do modelo do controlo dual têm mostrado o elevado poder preditivo das duas dimensões que avaliam a propensão para a inibição sexual (positivo), em particular da inibição da resposta sexual devido à ameaça na falha do desempenho ou SIS1, e em menor grau da propensão para a excitação sexual ou SES (negativo) nas dificuldades ao nível do funcionamento erétil em amostras não clínicas (Bancroft & Janssen, 2001; Janssen et al., 2002a; Janssen & Bancroft, 2007). Dada a conceptualização singular que faz da resposta sexual masculina, este modelo tem merecido muita atenção e interesse por parte da comunidade científica nos últimos anos, embora ainda careça de suporte empírico, nomeadamente no que se refere à sua aplicação ao campo do funcionamento sexual.

A literatura empírica acerca do foco da atenção durante a actividade sexual é extensa e recentemente tem sido proposto que uma vertente mais estável desta dimensão possa estar igualmente implicada no funcionamento sexual masculino (van Lankveld et al., 2008). A propensão disposicional para o auto-focus em situações sexuais, também designada por auto-consciência sexual, é caracterizada por uma dimensão pública em que o foco da atenção do sujeito está nos sinais exteriores que o informam acerca do seu desempenho, e uma dimensão privada em que o foco da atenção é interno, nas sensações físicas, pensamentos e sentimentos do próprio sujeito. Os estudos realizados têm mostrado que esta dimensão disposicional desempenha um papel significativo no funcionamento sexual masculino, afectando negativamente o funcionamento erétil de homens sexualmente funcionais (e disfuncionais) que apresentam índices mais elevados de auto-consciência sexual (van Lankveld et al., 2008, 2004).

No seu conjunto, os estudos realizados com as variáveis disposicionais que são alvo de investigação neste trabalho apontam para a sua implicação no funcionamento sexual masculino em geral. Ao nível da sua influência na resposta de excitação sexual masculina funcional e disfuncional, os dados são mais limitados ou até inconsistentes, e por essa razão se torna necessário avaliar com maior detalhe a natureza da sua relação. O objectivo deste estudo de natureza exploratória é o de investigar o efeito das variáveis disposicionais apresentadas (dimensões da personalidade, afecto-traço, auto-consciência sexual e excitação/inibição sexual) na resposta sexual masculina e testar a capacidade preditora relativa de cada uma delas quando testadas em conjunto numa amostra de estudantes universitários.

As hipóteses de investigação formuladas antecipam um efeito preditor mais significativo das dimensões específicas do funcionamento e comportamento sexual (auto-consciência sexual e excitação/inibição sexual) do que das dimensões disposicionais mais gerais. Embora reconhecendo que a utilização de uma amostra exclusivamente universitária se possa traduzir numa menor variabilidade nos dados relativos às dimensões gerais em análise e também no funcionamento erétil, espera-se um efeito significativo do neuroticismo (negativo), do afecto-traço positivo (efeito positivo) e, especialmente, do afecto-traço negativo (efeito negativo), no funcionamento erétil dos estudantes. Quanto às dimensões de inibição/excitação sexual, prevê-se que ambas as dimensões de inibição se constituam preditores negativos do funcionamento erétil e que a dimensão da excitação apresente um efeito positivo. É igualmente esperado que ambas as dimensões da auto-consciência sexual se

constituam como preditoras significativas e negativas da resposta sexual nesta amostra universitária.

## **4.2. Metodologia**

### *4.2.1. Participantes*

Neste estudo participaram 137 estudantes universitários do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos ( $M = 24.7$ ,  $DP = 5.6$ ). A caracterização desta amostra universitária é feita em pormenor na secção 2.1.2. respeitante à *Metodologia* (Capítulo 2).

### *4.2.2. Procedimentos*

Este estudo foi publicitado junto de estudantes universitários (amostra de conveniência), após obtidas as autorizações das instituições envolvidas. Foram disponibilizadas informações acerca dos objectivos do estudo e sobre a natureza anónima e a confidencialidade das respostas. Todos os participantes assinaram um formulário de consentimento informado e preencheram uma bateria de questionários de forma autónoma e independente. Os questionários preenchidos foram devolvidos directamente à autora em envelopes fechados. Não foi oferecida qualquer compensação pela participação no estudo. A descrição pormenorizada dos procedimentos é feita na secção 2.2.2. da *Metodologia* (Capítulo 2).

### *4.2.3. Instrumentos*

A descrição dos instrumentos de avaliação utilizados neste estudo e das respectivas características psicométricas é feita na secção 2.3. da *Metodologia* (Capítulo 2). A bateria de instrumentos utilizada foi a seguinte:

1. *Formulário Sócio-Demográfico e de História Médica e Sexual (FSD-HMS)*,
2. *Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)*,
3. *Inventário de Personalidade dos Cinco Factores (NEO-FFI)*,
4. *Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS)*,
5. *Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)*,
6. *Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)*.



### 4.3. Resultados

#### 4.3.1. Dimensões da Personalidade e Funcionamento Erétil

De forma a avaliar a capacidade preditora das dimensões da personalidade no funcionamento erétil, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter) usando como variáveis independentes as cinco dimensões da personalidade (avaliadas por intermédio do *NEO-FFI*) e como variável dependente o funcionamento erétil (avaliado pelo domínio da função erétil do *IIEF*). Os resultados mostraram um modelo significativo [ $F(5, 130) = 4.55$ ,  $p \leq .001$ ,  $R^2 = .149$ ], explicando 15% da variância. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados não identificou, contudo, preditores significativos do funcionamento erétil, embora a dimensão da Amabilidade se encontrasse no limiar da significância estatística [ $\beta = .27$ ,  $t(135) = 2.57$ ,  $p = .011$ ] (Tabela 14).

Tabela 14

*Dimensões da Personalidade como predictoras do Funcionamento Erétil (N = 137):*  
*Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter.*

Preditores	B	EP	$\beta$	t	p
Neuroticismo	.075	.662	.012	.113	.910
Extroversão	.376	.713	.056	.527	.599
Abertura à Experiência	-.114	.635	-.015	-.180	.858
Amabilidade	2.357	.917	.265	2.571	.011
Conscienciosidade	1.047	.600	.162	1.744	.084

Significância estatística segundo a Correção de Bonferroni:  $p = .05/5 = .01$ .

#### 4.3.2. Afecto-Traço e Funcionamento Erétil

De forma a avaliar a capacidade preditora das dimensões do afecto-traço no funcionamento erétil, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter) usando como variáveis independentes as duas dimensões do afecto (avaliadas por intermédio do *PANAS*) e como variável dependente o funcionamento erétil (avaliado pelo domínio da função erétil do *IIEF*). Os resultados mostraram um modelo significativo [ $F(2, 130) = 6.96$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = .097$ ], explicando 10% da variância. Conforme se verifica na Tabela 15, a análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostrou que apenas a dimensão do afecto negativo se constituiu como preditor significativo do funcionamento erétil [ $\beta = -.27$ ,  $t(132) = -3.22$ ,  $p < .01$ ].

Tabela 15

*Dimensões do Afecto como predictoras do Funcionamento Erétil (N = 137): Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter.*

Preditores	B	EP	$\beta$	t	p
Afecto Positivo	.076	.051	.124	1.48	.142
Afecto Negativo	-.139	.043	-.271	<b>-3.22**</b>	.002

\*\*  $p < .01$ .

Significância estatística segundo a Correção de Bonferroni:  $p = .01/2 = .005$ .

#### 4.3.3. Excitação Sexual/Inibição Sexual e Funcionamento Erétil

De forma a avaliar o papel dos mecanismos de excitação e inibição sexual no funcionamento erétil, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter) tendo como variáveis independentes as dimensões SES, SIS1 e SIS2 (avaliadas por intermédio do *SIS/SES*) e o funcionamento erétil (avaliado pelo domínio da função erétil do *IIEF*) como variável dependente. Os resultados mostraram um modelo significativo [ $F(3, 133) = 15.34, p < .001, R^2 = .257$ ], explicando 26% da variância. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostrou que a excitação sexual (SES) [ $\beta = .23, t(136) = 3.01, p \leq .01$ ] e a inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho (SIS1) [ $\beta = -.49, t(136) = -6.23, p < .001$ ] se constituíram como preditores significativos do funcionamento erétil (Tabela 16).

Tabela 16

*Excitação e Inibição Sexual como predictoras do Funcionamento Erétil (N = 137): Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter.*

Preditores	B	EP	$\beta$	t	p
SES	.107	.035	.234	<b>3.01**</b>	.003
SIS1	-.306	.049	-.486	<b>-6.23***</b>	.001
SIS2	.07	.057	.099	1.23	.222

\*\*  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ .

Significância estatística segundo a Correção de Bonferroni:  $p = .01/3 = .003, p = .001/3 = .00003$ .

#### 4.3.4. Auto-Consciência Sexual e Funcionamento Erétil

De forma a avaliar o papel das dimensões da auto-consciência sexual no funcionamento erétil, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter) usando como variáveis independentes as duas dimensões da auto-consciência sexual (avaliadas por intermédio do *SSCS*) e o funcionamento erétil (avaliado pelo domínio da função erétil do *IIEF*) como variável dependente. Os resultados mostraram um modelo significativo [ $F(2, 134) = 13.44, p < .001, R^2 = .167$ ], explicando 17% da variância. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostrou que apenas a dimensão do embaraço sexual se constituiu como preditor significativo do funcionamento erétil [ $\beta = -.44, t(136) = -5.17, p < .001$ ] (Tabela 17).

Tabela 17

*Dimensões da Auto-Consciência Sexual como predictoras do Funcionamento Erétil*  
( $N = 137$ ): Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter.

Preditores	B	EP	$\beta$	t	p
Embaraço Sexual	-.367	.071	-.439	<b>-5.17***</b>	.001
Auto-Focus Sexual	.107	.068	.134	1.58	.117

\*\*\*  $p \leq .001$ .

Significância estatística segundo a Correção de Bonferroni:  $p = .001/2 = .0005$ .

#### 4.3.5. Principais Preditores do Funcionamento Erétil

De forma a avaliar o contributo relativo das dimensões que mostraram maior capacidade preditiva e associação ao funcionamento erétil (afecto-traço negativo, excitação sexual, inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho e embaraço sexual), realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter) usando como variáveis independentes as referidas variáveis e como variável dependente o funcionamento erétil. Os resultados mostraram um modelo significativo [ $F(4, 128) = 15.50, p < .001, R^2 = .326$ ], explicando 33% da variância. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados indicou como preditores significativos do funcionamento erétil a excitação sexual [ $\beta = .27, t(133) = 3.69, p < .001$ ], a inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho [ $\beta = -.36, t(133) = -4.67, p < .001$ ] e embaraço sexual [ $\beta = -.23, t(133) = -2.73, p < .01$ ] (Tabela 18).

Tabela 18

*Principais preditores do funcionamento erétil (N = 137): Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter.*

Preditores	B	EP	$\beta$	t	p
Afecto Negativo	-.061	.042	-.118	-1.44	.152
SES	.122	.033	.270	<b>3.69***</b>	.001
SIS1	-.228	.049	-.361	<b>-4.67***</b>	.001
Embaraço Sexual	-.193	.071	-.228	<b>-2.73*</b>	.007

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p \leq .001$ .

Significância estatística segundo a Correção de Bonferroni:  $p = .05/4 = .01$ ,  $p = .001/4 = .00025$ .

#### 4.4. Discussão

Este estudo exploratório teve como objectivo avaliar a contribuição específica e relativa do conjunto de variáveis disposicionais sujeitas a investigação (dimensões da personalidade, afecto-traço, auto-consciência sexual e inibição/excitação sexual) para a resposta de excitação sexual masculina de estudantes universitários. Pretendeu-se, igualmente, identificar as variáveis que apresentariam um efeito preditor mais significativo da resposta de excitação sexual dos universitários, quando testados simultaneamente os preditores mais significativos do funcionamento erétil.

Embora não seja um dado totalmente inesperado, a ausência de efeitos significativos das dimensões gerais da personalidade no funcionamento erétil merece algumas considerações. A hipótese inicial acerca destas dimensões antecipava, embora com alguma reserva, um efeito significativo da dimensão do neuroticismo no funcionamento erétil dos estudantes. A ausência desse efeito poderá estar relacionada com a utilização de uma amostra jovem, exclusivamente universitária e maioritariamente saudável do ponto de vista sexual, que incorpora pouca variabilidade nos dados relativos às dimensões avaliadas e ao nível do funcionamento erétil. Por outro lado, o facto deste estudo se dirigir apenas a homens, motivou a procura de participantes nos cursos onde o rácio de estudantes do sexo masculino fosse, à partida, elevado (*e.g.*, engenharia informática, engenharia mecânica), o que poderá ter condicionado igualmente a variabilidade dos dados na amostra relativamente a características da personalidade (a escolha e frequência de um determinado curso universitário tende a reflectir um vasto conjunto de interesses comuns nos estudantes). O facto da dimensão da amabilidade se encontrar no limiar da significância para o

funcionamento erétil (potencial efeito positivo) poderá sugerir que características relacionadas com o altruísmo, cooperação e afectuosidade (*i.e.*, a faceta relativa à orientação para o outro), possam ser facilitadoras da ocorrência de eventos sexuais em meio académico e promover, consequentemente, uma boa resposta de excitação sexual.

No que respeita ao afecto-traço, os dados confirmaram apenas parcialmente a nossa hipótese inicial ao mostrarem o efeito preditor do afecto-traço negativo (efeito negativo), mas não da vertente positiva do afecto, no funcionamento erétil. De facto, a tendência para experienciar estados de humor negativos (*e.g.*, medo, ansiedade, irritabilidade) que se encontra subjacente ao afecto-traço negativo poderá ter um impacto negativo no funcionamento erétil, à semelhança do que tem sido encontrado em estudos anteriores para o funcionamento sexual geral (Peixoto & Nobre, *no prelo*; Quinta Gomes & Nobre, 2009). Quanto ao afecto-traço positivo, nomeadamente no que se refere à ausência de emoções positivas, a generalidade dos estudos tem mostrado a relevância desta dimensão nas situações de disfunção sexual propriamente ditas e não tanto no funcionamento sexual em indivíduos sexualmente funcionais ou que apresentem apenas dificuldades ligeiras no funcionamento erétil. Como se verificou nesta amostra, apesar da ocorrência de dificuldades no funcionamento sexual em geral se ter mostrado relativamente frequente, as percentagens verificadas para as dificuldades ao nível da erecção foram mínimas (4% em pelo menos metade das situações sexuais e apenas 2% em todas ou quase todas as situações sexuais), o que oferece evidência adicional para o facto da dimensão do afecto-traço positivo não se ter revelado significativa para o funcionamento erétil dos estudantes. Para além disto, importa referir que o facto da amostra utilizada neste estudo ser exclusivamente constituída por estudantes universitários poderá também justificar em parte a ausência desse efeito, ao implicar uma menor variabilidade nos dados relativos ao afecto positivo, contrariamente ao verificado em estudos anteriores onde esses efeitos foram identificados em amostras alargadas e provenientes da comunidade em geral, e por isso mais heterogéneas (Quinta Gomes & Nobre, 2009).

As hipóteses avançadas inicialmente para os mecanismos de inibição/excitação foram em parte corroboradas. Relativamente à propensão para a excitação sexual (SES), os resultados mostraram um efeito positivo desta dimensão no funcionamento erétil, o que parece reflectir o facto de se estar perante uma amostra jovem e maioritariamente saudável do ponto de vista sexual e físico, sem compromissos relevantes nos mecanismos fisiológicos da resposta erétil (Janssen et al., 2002a). Quanto às dimensões de inibição sexual, verificou-se apenas um efeito significativo (negativo) do SIS1 no funcionamento erétil. Atendendo a que

esta dimensão reflecte uma propensão para a inibição sexual devido ao medo de falhar sexualmente, admite-se que possa traduzir preocupações relacionadas com a performance sexual típicas destas faixas etárias e em grande parte associadas à inexperiência sexual que caracteriza alguns universitários. Se por um lado o contexto universitário é um meio privilegiado para a experimentação sexual e que oferece aos jovens estudantes a oportunidade de se envolverem em práticas sexuais diversificadas e com diferentes parceiros, por outro, confronta-os com a necessidade de terem de desempenhar sexualmente e de uma forma considerada “exemplar”. A este aspecto não será de todo alheia a influência de dimensões de natureza cognitiva, como por exemplo as crenças sexuais disfuncionais relacionadas com uma ênfase excessiva no desempenho sexual e acerca da satisfação sexual feminina (“Um verdadeiro homem está sempre pronto e deve ser capaz de satisfazer qualquer mulher”, “A erecção do pénis é essencial para a satisfação sexual da mulher”), vulgarmente encontradas na população masculina Portuguesa (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a). Assim, a inibição sexual expressa no SIS1 poderá actuar no sentido de dificultar a resposta de excitação sexual masculina e este efeito poderá também ser mediado ou amplificado por outras variáveis relevantes para os contextos sexuais. O facto da dimensão do embaraço sexual se ter constituído igualmente como preditora negativa da resposta erétil é compatível com este argumento. O receio de um desempenho sexual inadequado e o desconforto daí resultante (ou a sua antecipação) terá certamente um efeito adverso na resposta sexual, inibindo-a ou dificultando-a (van Lankveld, 2008). Já o foco da atenção durante a actividade sexual poderá ser mais oscilante entre situações sexuais e variar também consoante o parceiro, e dessa forma não ter um impacto tão directo ou evidente no funcionamento erétil como se verificou nesta amostra estudantil.

A dimensão do SIS2 não mostrou ser significativa para o funcionamento erétil dos estudantes desta amostra, contrariamente ao proposto inicialmente. De entre as várias leituras possíveis para este dado, duas parecem-nos as mais plausíveis. Se este mecanismo de inibição está associado à percepção de ameaças externas em contextos sexuais, nomeadamente ao receio da ocorrência de consequências indesejadas em resultado da situação sexual (*e.g.*, gravidez não planeada, contrair uma doença sexualmente transmissível), ou esta ameaça é percebida como improvável para os estudantes ou então existe e é desvalorizada. A primeira hipótese ganha sentido se se considerar que a maioria dos estudantes referiu estar numa relação afectiva estável com uma parceira (66%) e ter actualmente apenas um parceiro sexual (75%), e por essa razão se poder especular que a actividade sexual é mantida no contexto de uma relação exclusiva e praticada de uma forma segura e responsável (*e.g.*,

contracepção). Admite-se, contudo, que a realidade seja um pouco diferente. Apesar da segunda hipótese poder ser mais controversa, é igualmente plausível. Como já se referiu anteriormente, a vivência universitária também se presta a alguns exageros e uma reduzida propensão para a inibição sexual pode conduzir os indivíduos a envolverem-se com maior facilidade em comportamentos sexuais de risco (Bancroft et al., 2009; Bancroft et al., 2004). Esta hipótese também ganha sentido tendo em conta o efeito significativo encontrado para a dimensão do SES. Não obstante estas interpretações, os resultados apontam para a pouca relevância do SIS2 ao nível do funcionamento erétil dos universitários.

Por fim, o estudo da contribuição relativa de cada uma das dimensões com maior capacidade preditiva no funcionamento erétil mostrou que quando testadas em conjunto, as dimensões disposicionais relacionadas com aspectos específicos da sexualidade se sobrepuseram às dimensões gerais da personalidade e do afecto. Neste sentido, apenas as dimensões SES (positivo), SIS1 e embaraço sexual (negativo) se revelaram preditores consistentes do funcionamento erétil, oferecendo evidência adicional acerca da sua relevância para a resposta de excitação sexual, conforme inicialmente previsto.

Algumas implicações práticas podem ser deduzidas a partir destes resultados. A entrada em meio universitário constitui um período de grandes exigências e de profundas adaptações do jovem ao novo contexto, e pressupõe a aquisição e consolidação de um conjunto de competências (*e.g.*, sociais, afectivas, relacionais, sexuais, profissionais) que facilitem a sua integração no ambiente académico e que o preparem para a vida adulta e para o mercado do trabalho. Pelas razões enumeradas, esta também se constitui uma fase de risco a diferentes níveis. Na esfera da sexualidade, é um momento propício ao envolvimento em comportamentos sexuais de risco e para o desenvolvimento de dificuldades sexuais e, por essa razão, a implementação de programas de intervenção direccionados a estes aspectos da sexualidade podem constituir-se meios privilegiados para a sua prevenção e para a vivência de uma sexualidade mais prazerosa, mas também mais responsável, dos universitários.

Apesar de relevantes, os resultados deste estudo devem ser interpretados com alguma cautela atendendo a algumas limitações inerentes a esta investigação. Em primeiro lugar, tendo em conta a natureza exploratória e transversal deste estudo, não é possível tirar conclusões acerca da direcionalidade da relação entre as dimensões disposicionais e o funcionamento erétil. Se por um lado é tentador afirmar que tratando-se de dimensões estáveis da personalidade elas poderão exercer um efeito directo ao nível da resposta sexual, por outro, as circunstâncias específicas em que a resposta sexual acontece podem remeter para a influência de outras variáveis passíveis de interferir com essa resposta e mediar a

natureza desta relação (*e.g.*, psicopatologia, factores relacionais). Outra questão relevante diz respeito à generalização dos resultados obtidos neste estudo. Estes dados apenas ganham sentido no contexto da amostra universitária utilizada (amostra de conveniência) e por essa razão a sua extrapolação para outras amostras universitárias ou da população geral deverá ser feita com prudência.

A relevância demonstrada de algumas das variáveis disposicionais avaliadas no âmbito deste estudo para o funcionamento erétil remete para a necessidade de realizar estudos comparativos utilizando amostras clínicas e de controlo que visem clarificar a sua potencial implicação nas situações clínicas de disfunção erétil.



## Capítulo 5

---

*Estudo III: Factores de vulnerabilidade psicológica  
para a disfunção erétil: A relevância de variáveis  
disposicionais em homens com e sem disfunção erétil*



## Capítulo 5

### Factores de vulnerabilidade psicológica para a disfunção erétil: A relevância de variáveis disposicionais em homens com e sem disfunção erétil

#### 5.1. Introdução

No campo das problemáticas em torno da esfera sexual masculina, a disfunção erétil é provavelmente aquela que tem sido alvo de maior interesse científico nas últimas décadas. O estudo acerca da implicação de variáveis de cariz disposicional no funcionamento erétil não tem, contudo, merecido grande destaque na literatura empírica, embora se revista de enorme potencial para a compreensão dos mecanismos individuais envolvidos na determinação da resposta sexual masculina.

À semelhança do que tem sido proposto para as demais perturbações emocionais (Brown et al., 1998), as dimensões do neuroticismo e o afecto-traço têm sido apontadas em alguns modelos teóricos como constituindo importantes factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção das dificuldades sexuais em geral e da disfunção erétil em particular (*e.g.*, Barlow, 2004; Nobre, *in* Soares & Nobre, 2012). O pressuposto de que aspectos mais gerais da personalidade se possam constituir como factores de risco para a disfunção erétil aguarda ainda suporte empírico e, por essa razão, se torna indispensável o estudo sistemático da sua implicação no funcionamento erétil.

O estudo acerca da influência da personalidade no funcionamento sexual masculino representa um grande potencial para a conceptualização e tratamento das disfunções sexuais, embora permaneça ainda um campo de investigação relativamente pouco explorado. Algumas características gerais da personalidade como o perfeccionismo (DiBartolo & Barlow, 1996), baixa tolerância à frustração e baixa auto-estima (Tondo et al., 1991), neuroticismo (Eysenck, 1971; Munjack et al., 1981; Schenk et al., 1983) e a ansiedade-traço (Bancroft et al., 2005) têm sido apontadas como estando implicadas no funcionamento sexual masculino. Não obstante, a ausência de modelos estruturados da personalidade e a forma pouco uniformizada em que tem assentado a avaliação da mesma na maioria dos estudos dificulta a comparação dos resultados, ou a possibilidade de replicação dos mesmos, e impossibilita o rigor e a generalização das conclusões. Neste sentido, a utilização de um modelo compreensivo das dimensões gerais da personalidade constitui um requisito fundamental para o estudo da relação entre personalidade e funcionamento sexual.

O modelo dos cinco factores (*FFM*; Costa & McCrae, 1992) oferece uma alternativa conceptual válida para a compreensão da relação entre dimensões gerais da personalidade e a disfunção erétil, tendo em conta a ampla fundamentação empírica em que assenta a taxionomia proposta para os traços da personalidade (*e.g.*, Ashton & Lee, 2001; John & Srivastava, 1999; Trull & Geary, 1997) e a sua possibilidade de avaliação por intermédio de instrumentos sólidos e robustos (*e.g.*, *NEO-PI*, *NEO-FFI*). A aplicação deste modelo ao funcionamento sexual masculino é, ainda, limitada e com resultados pouco consistentes mas parece apontar no sentido de uma implicação da dimensão do neuroticismo nas dificuldades sexuais masculinas (Fagan et al., 1991; Quinta Gomes & Nobre, 2011).

Num estudo pioneiro inicialmente direccionado para a comparação de perfis de personalidade entre sujeitos com disfunção sexual e sujeitos diagnosticados com parafilia, Fagan e colaboradores (1991) verificaram que a dimensão do neuroticismo se destacava em sujeitos com dificuldades sexuais comparativamente ao verificado nos homens que constituíam o grupo de controlo. Mais recentemente, com o intuito de avaliar a relação entre dimensões da personalidade e o funcionamento sexual masculino, Quinta Gomes e Nobre (2011) verificaram que homens diagnosticados com disfunção sexual apresentavam níveis significativamente mais elevados de neuroticismo comparativamente aos homens sexualmente funcionais e que este resultado se mostrava independente do efeito da psicopatologia. Neste estudo, a dimensão do neuroticismo constituiu-se igualmente como a melhor preditora (negativa) do funcionamento sexual de homens da população geral Portuguesa.

Apesar do conjunto destes dados sugerirem a implicação do neuroticismo na disfunção sexual masculina, outros estudos têm apontado num sentido diferente. Por exemplo, Strand e sua equipa (2002) verificaram que um grupo de sujeitos diagnosticados com disfunção erétil não apresentava diferenças significativas no perfil de personalidade comparativamente ao seu grupo de referência. Ainda, os dados encontrados previamente por Kennedy e colaboradores (1999) não identificaram associações significativas entre dificuldades sexuais e as dimensões da personalidade em homens, embora o tenham verificado em mulheres (elevado neuroticismo e baixa extroversão). Apesar das diferenças metodológicas verificadas entre os estudos poderem justificar em grande parte as discrepâncias encontradas nos resultados (*e.g.*, amostras clínicas heterogéneas, ausência de grupos de controlo), os dados disponíveis ainda não permitem tirar conclusões consistentes acerca da relação entre as dimensões globais da personalidade e a disfunção erétil.

A influência dos estados afectivos no funcionamento sexual masculino encontra-se bem documentada no domínio científico da Sexologia (*e.g.*, Barlow, 1986; Nobre & Pinto Gouveia, 2006b; Rowland et al., 1995), embora o mesmo já não se verifique no que respeita à vertente disposicional do afecto (afecto-traço; Watson & Tellegen, 1985), e muito menos à sua aplicação ao estudo da disfunção erétil. A investigação preliminar disponível mostra que ambas as dimensões disposicionais do afecto se relacionam com o funcionamento sexual masculino em geral e discriminam de forma significativa entre homens sexualmente funcionais e disfuncionais (Quinta Gomes & Nobre, 2009). Homens diagnosticados com disfunção sexual tendem a apresentar simultaneamente níveis mais elevados de afecto-traço negativo e mais baixos de afecto-traço positivo comparativamente aos sujeitos sexualmente funcionais, o que oferece evidência ao pressuposto de que ambas as dimensões traço do afecto são relevantes para as dificuldades sexuais.

Sumariando o que foi anteriormente exposto, os dados disponíveis mostram a existência de uma associação entre as dimensões do neuroticismo, afecto-traço positivo e afecto-traço negativo nas disfunções sexuais masculinas, assim como o seu poder discriminativo na diferenciação entre homens com e sem disfunção sexual. Apesar destas dimensões se mostrarem significativas para as dificuldades sexuais masculinas em geral, estes dados pouco nos dizem acerca da sua (potencial) implicação na disfunção erétil. Uma vez que a natureza desta relação ainda se encontra por estabelecer, a realização de estudos comparativos entre homens com e sem disfunção erétil poderá constituir uma via importante para a clarificação desta questão empírica.

A propensão para a activação de mecanismos de inibição sexual em situações sexuais tem sido referida na literatura como constituindo um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de dificuldades sexuais, principalmente se for associada a uma baixa propensão para os mecanismos de excitação (Bancroft & Janssen, 2000, 2001; Janssen & Bancroft, 2007). Os estudos realizados no âmbito do modelo do controlo dual para o funcionamento erétil têm demonstrado o elevado poder preditivo das dimensões de inibição sexual (positivo), em particular da inibição da resposta sexual devido à ameaça na falha do desempenho (SIS1), e do SES (negativo), embora em menor grau, quanto à presença de dificuldades érrecteis em homens da população geral (Bancroft & Janssen, 2001; Bancroft et al., 2005; Janssen & Bancroft, 2007; Janssen et al., 2002a).

Embora a evidência empírica seja ainda muito limitada no que se refere à aplicação deste modelo à disfunção erétil propriamente dita, os dados preliminares são sugestivos de um perfil de inibição/excitação sexual semelhante ao encontrado entre homens da população

geral com queixas de dificuldades erécteis e sujeitos diagnosticados com disfunção erétil (Bancroft et al., 2005). Os dados também parecem apontar para o facto de níveis significativamente mais elevados de SES e tendencialmente baixos de SIS1 caracterizarem melhor os sujeitos diagnosticados com disfunção erétil sugestiva de etiologia psicológica, comparativamente aos sujeitos com condições orgânicas associadas a esse tipo de dificuldades. No seu conjunto, a evidência preliminar sugere que a dimensão do SIS1 tende a reflectir um mecanismo de propensão individual para um tónus inibitório de base, e por essa razão seja considerada como estando amplamente implicada na disfunção erétil (factor de vulnerabilidade), ao passo que o SIS2 parece reflectir apenas uma resposta ocasional de inibição sexual associada à percepção de uma ameaça externa em situações específicas (*e.g.*, conflitos relacionais entre os parceiros sexuais, gravidez indesejada). Muito embora o modelo do controlo dual represente uma inovação na forma como conceptualiza a resposta sexual masculina, o seu potencial teórico e clínico para a aplicação na disfunção erétil ainda se encontra por demonstrar.

Tem sido recentemente proposto que a tendência relativamente estável para a atenção auto-focada em situações sexuais, ou a auto-consciência sexual, se possa constituir um factor de risco para o desenvolvimento e manutenção das dificuldades sexuais (van Lankveld et al., 2004). Esta propensão disposicional para o auto-focus em situações sexuais pode traduzir-se no foco da atenção direccionada para sinais exteriores e nos quais o indivíduo se baseia para avaliar o seu desempenho sexual (vertente pública), ou estar circunscrita a aspectos mais internos da sua experiência e dirigir-se às sensações físicas, pensamentos e sentimentos (vertente privada) evidenciados nessas situações. Num estudo experimental liderado por van Lankveld (2004) verificou-se que a atenção auto-focada induzida experimentalmente (*i.e.*, vertente estado) durante a visualização de filmes eróticos diminuía a resposta genital em homens com e sem disfunção sexual que apresentaram níveis prévios elevados desta dimensão na sua vertente traço (van Lankveld et al., 2004). Para além disto, os dados disponíveis também têm demonstrado que indivíduos sexualmente funcionais e disfuncionais se diferenciam de forma significativa nas dimensões pública e privada da auto-consciência sexual, com os últimos a pontuar significativamente mais em ambas as dimensões, comparativamente aos primeiros (van Lankveld et al., 2008, 2004). Embora se admita a possibilidade da dimensão disposicional do auto-focus sexual poder interagir com outras variáveis contextuais na determinação da resposta sexual em situações sexuais, os dados mostram igualmente a sua implicação individual na modulação da resposta de excitação sexual masculina.

Em síntese, apesar de existir alguma evidência disponível que aponta para a implicação de dimensões gerais da personalidade e de variáveis traço específicas do domínio sexual ao nível do funcionamento sexual masculino, os dados empíricos acerca da sua influência na disfunção erétil são ainda muito limitados e insuficientes para formular conclusões consistentes. Neste sentido, a presente investigação pretende clarificar a relação entre o conjunto destas variáveis disposicionais e a disfunção erétil, e elucidar acerca dos mecanismos envolvidos na resposta sexual masculina que se possam constituir como factores de risco ou de vulnerabilidade psicológica para este tipo de problemática sexual. O principal objectivo deste estudo prende-se, assim, com a caracterização do perfil disposicional de homens com disfunção erétil no que toca a dimensões globais da personalidade (dimensões da personalidade e afecto-traço) e dimensões disposicionais específicas do comportamento sexual (auto-consciência sexual, excitação/inibição sexual) e averiguar o papel destas variáveis na diferenciação entre homens com disfunção erétil e homens sexualmente saudáveis da população geral.

No que respeita às hipóteses de investigação avançadas para este estudo, antecipam-se, de uma forma geral, diferenças significativas entre os sujeitos diagnosticados com disfunção erétil e os indivíduos sexualmente funcionais nas diferentes variáveis avaliadas. Mais concretamente, quanto às dimensões mais globais da personalidade, espera-se que os indivíduos com disfunção erétil apresentem níveis mais elevados de neuroticismo e de afecto-traço negativo e simultaneamente mais baixos de afecto-traço positivo, comparativamente aos sujeitos sem disfunção erétil. Relativamente às dimensões de inibição/excitação sexual, é esperado que apenas a dimensão da inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho (SIS1) se diferencie entre os grupos e que os sujeitos com disfunção erétil apresentem uma maior propensão para este tipo de inibição do que os homens sem disfunção. Prevê-se também que ambas as dimensões da auto-consciência sexual diferenciem entre homens com e sem disfunção erétil, com os primeiros a apresentarem níveis significativamente mais elevados de embaraço e auto-focus sexual comparativamente aos segundos.

## **5.2. Metodologia**

### **5.2.1. Participantes**

Este estudo contou com a participação de um total de 77 indivíduos do sexo masculino que compuseram dois grupos distintos. O grupo clínico foi composto por 37 sujeitos diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos (APA, 2000),

recrutados em consultas de Urologia e Sexologia Clínica de dois hospitais centrais da zona centro de Portugal. Os sujeitos que compuseram este grupo apresentavam erecções nocturnas, matinais e espontâneas completas; evidenciavam perda total ou parcial da erecção na maioria das situações sexuais com uma parceira nos últimos 6 meses, mas não durante a masturbação ou noutras situações sexuais (disfunção erétil situacional); e não apresentavam componente orgânica relevante, psicopatologia ou causa medicamentosa que justificasse a presença das dificuldades. O grupo de controlo foi constituído por 40 homens da população geral sem dificuldades ao nível do funcionamento sexual actual. Os dois grupos diferiram entre si no que respeita às variáveis demográficas idade (grupo clínico:  $M = 47.8$ ,  $DP = 12.3$ ; grupo de controlo:  $M = 32.1$ ,  $DP = 5.03$ ) [ $t(75) = 7.40$ ,  $p < .001$ ], habilitações literárias [ $U = 174$ ,  $p < .001$ ] e estado civil [ $\chi^2(2, N = 77) = 15.74$ ,  $p < .001$ ]. Na secção 2.1.3. da *Metodologia* (Capítulo 2) é feita a caracterização detalhada destes dois grupos.

### 5.2.2. Procedimentos

Os sujeitos que constituíram o grupo de controlo foram recrutados junto da comunidade, em diversas zonas do país (amostra de conveniência). Os indivíduos que integraram a amostra clínica foram recrutados em serviços especializados em Urologia e Sexologia Clínica após autorização das Comissões de Ética e dos Conselhos de Administração dos estabelecimentos de saúde envolvidos. À data da recolha dos dados, todos os indivíduos da amostra clínica preenchiam os critérios de diagnóstico para disfunção erétil situacional e sem factores médicos relevantes envolvidos na sua etiologia (APA, 2000).

Os participantes de ambos os grupos foram contactados directamente pela autora. Foi disponibilizada informação detalhada relativamente aos objectivos do estudo, da sua natureza anónima e da confidencialidade das respostas. Todos os participantes assinaram um formulário de consentimento informado e preencheram uma bateria de questionários que foi posteriormente devolvida à autora em envelope selado. Não foi oferecida qualquer contrapartida financeira ou de outra natureza pela participação neste estudo. A descrição pormenorizada dos procedimentos é feita na secção 2.2.3. da *Metodologia* (Capítulo 2).

### 5.2.3. Instrumentos

A descrição dos instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo e das respectivas características psicométricas é feita na secção 2.3. da *Metodologia* (Capítulo 2):

1. *Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (SDI)*,



2. *Formulário Sócio-Demográfico e de História Médica e Sexual (FSD-HMS)*,
3. *Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)*,
4. *Inventário de Personalidade dos Cinco Factores (NEO-FFI)*,
5. *Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS)*,
6. *Escala de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)*,
7. *Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)*,
8. *Breve Inventário de Sintomas (BSI)*.

### 5.3. Resultados

#### 5.3.1. Dimensões da Personalidade e Funcionamento Erétil

De forma a estudar o papel da personalidade no funcionamento erétil procedeu-se à realização de uma análise multivariada da covariância (MANCOVA), usando como variável independente o funcionamento erétil (grupo clínico vs. grupo controlo) e como variáveis dependentes as pontuações nas cinco dimensões gerais da personalidade avaliadas por intermédio do *NEO-FFI*. Uma vez que os grupos diferiram significativamente entre si relativamente às variáveis demográficas idade, estado civil e habilitações literárias, avaliou-se previamente o efeito destas variáveis nas dimensões da personalidade, recorrendo a análises multivariadas da variância (MANOVA) realizadas de forma independente para cada variável. As variáveis cujo efeito se revelou significativo [idade, Lambda de *Wilks* = .51,  $F(20, 227) = 2.57$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .16$  e habilitações literárias, Lambda de *Wilks* = .54,  $F(10, 140) = 5.02$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .26$ ] foram utilizadas como covariáveis na MANCOVA, juntamente com a psicopatologia (variável confundente), de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes. Uma vez controlados os efeitos das variáveis idade, habilitações literárias e psicopatologia, o teste multivariado para o grupo mostrou ser estatisticamente significativo [Lambda de *Wilks* = .66,  $F(5, 68) = 7.14$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .34$ ].

Com o objectivo de detectar diferenças entre as médias dos dois grupos nas cinco dimensões da personalidade, efectuaram-se análises simples univariadas da variância (ANOVA) seguidas de testes post-hoc de Bonferroni. Conforme constatado na Tabela 19, as análises univariadas apontaram para a existência de diferenças entre os grupos nas dimensões do Neuroticismo [ $F(1, 72) = 21.39$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .23$ ] e Abertura [ $F(1, 72) = 13.56$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .16$ ]. Utilizando a Correção de Bonferroni para a determinação do nível de significância estatística ( $p < .001$ ), os testes post-hoc indicaram que os sujeitos do grupo clínico apresentaram significativamente pontuações médias mais elevadas na dimensão do Neuroticismo (grupo clínico:  $M = 2.58$ ,  $DP = .11$ ; grupo controlo:  $M = 1.79$ ,  $DP = .10$ ) e

mais baixas na dimensão da Abertura (grupo clínico:  $M = 1.69$ ,  $DP = .10$ ; grupo controlo:  $M = 2.25$ ,  $DP = .09$ ) comparativamente com os sujeitos do grupo de controlo. A magnitude do efeito das diferenças foi moderada (Tabela 19).

Tabela 19

*Dimensões de Personalidade em função dos grupos clínico e de controlo ( $N = 77$ ):  
Análises Univariadas da Variância.*

NEO-FFI	Grupo Clínico		Grupo Controlo		F (1, 72)	p	$\eta_p^2$
	M	DP	M	DP			
Neuroticismo	2.58	.11	1.79	.10	<b>21.39***</b>	.001	.229
Extroversão	2.09	.11	2.46	.11	4.32	.041	.057
Abertura à Experiência	1.69	.10	2.25	.09	<b>13.56***</b>	.001	.158
Amabilidade	2.41	.06	2.42	.06	.001	.976	.001
Conscienciosidade	2.86	.10	2.74	.09	.533	.468	.007

\*\*\*  $p < .001$ .

*Nota:* Nível de significância estatística calculado segundo a Correção de Bonferroni:  $p = .001/5 = .0002$ .

Os valores das médias e dos desvios-padrão (erro-padrão) apresentados são ajustados em função das covariáveis (idade, habilitações literárias e psicopatologia).

### 5.3.2. *Afecto-Traço e Funcionamento Erétil*

Foi realizada uma análise multivariada da covariância (MANCOVA) para avaliar o efeito do grupo (grupo clínico vs. grupo controlo) nas duas dimensões traço do afecto, usando como variável independente o funcionamento erétil e como variáveis dependentes as pontuações obtidas nas duas dimensões do afecto avaliadas por intermédio do *PANAS*. Uma vez que as variáveis idade [Lambda de *Wilks* = .65,  $F(8, 136) = 4.07$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .19$ ] e habilitações literárias [Lambda de *Wilks* = .65,  $F(4, 140) = 8.59$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .20$ ] mostraram ter um efeito significativo nas duas dimensões do afecto-traço, avaliado previamente e de forma independente por intermédio de MANOVAs, foram utilizadas como covariáveis na MANCOVA, juntamente com a psicopatologia (variável confundente), de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes. Uma vez controlados os efeitos das variáveis idade, habilitações literárias e psicopatologia, o teste multivariado para o grupo

mostrou ser estatisticamente significativo [Lambda de *Wilks* = .65,  $F(2, 68) = 18.64$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .35$ ].

Os testes univariados (ANOVA) detectaram diferenças entre os grupos nas duas dimensões do afecto [afecto-traço positivo,  $F(1, 69) = 27.40$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .28$ ; afecto-traço negativo,  $F(1, 69) = 7.77$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .10$ ]. Utilizando a Correção de Bonferroni, os testes de post-hoc indicaram que, comparativamente aos sujeitos do grupo de controlo ( $M = 25.89$ ,  $DP = 1.20$ ), os indivíduos do grupo clínico ( $M = 15.39$ ,  $DP = 1.24$ ) apresentaram significativamente menos afecto-traço positivo ( $p < .001$ ) e mais afecto-traço negativo (grupo clínico:  $M = 17.50$ ,  $DP = 1.02$ ; grupo controlo:  $M = 12.89$ ,  $DP = .98$ ,  $p < .05$ ). A magnitude do efeito das diferenças foi moderada para a dimensão disposicional do afecto negativo e elevada para a do afecto positivo (Tabela 20).

Tabela 20

*Dimensões do Afecto-Traço em função dos grupos clínico e de controlo ( $N = 77$ ):*  
*Análises Univariadas da Variância.*

PANAS	Grupo Clínico		Grupo Controlo		$F(1, 69)$	$p$	$\eta_p^2$
	M	DP	M	DP			
Afecto-Traço Positivo	15.39	1.24	25.89	1.20	<b>27.40***</b>	.001	.284
Afecto-Traço Negativo	17.50	1.02	12.89	.98	<b>7.77*</b>	.007	.101

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$ .

*Nota:* Nível de significância estatística calculado segundo a Correção de Bonferroni:  $p = .05/2 = .025$ ,  $p = .001/2 = .0005$ .

Os valores das médias e dos desvios-padrão (erro-padrão) apresentados são ajustados em função das covariáveis (idade, habilitações literárias e psicopatologia).

### 5.3.3. Excitação/Inibição Sexual e Funcionamento Erétil

Foi efectuada uma análise multivariada da covariância (MANCOVA) para avaliar o efeito do grupo (grupo clínico vs. grupo controlo) nas dimensões de excitação e inibição sexual, usando como variável independente o funcionamento erétil e como variáveis dependentes as pontuações obtidas na dimensão de excitação sexual e nas duas dimensões de inibição sexual, avaliadas por intermédio do *SIS/SES*. As variáveis demográficas idade [Lambda de *Wilks* = .51,  $F(12, 186) = 4.49$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .20$ ], estado civil [Lambda de

$Wilks = .83$ ,  $F(6, 144) = 2.36$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = .09$ ] e habilitações literárias [Lambda de  $Wilks = .50$ ,  $F(6, 144) = 10.03$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .30$ ] mostraram ter um efeito significativo nas dimensões de excitação e inibição sexual (avaliado previamente e de forma independente por intermédio de MANOVAs) e foram utilizadas como covariáveis na MANCOVA, juntamente com a psicopatologia (variável confundente), de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes. Uma vez controlados os efeitos das variáveis demográficas (idade, estado civil e habilitações literárias) e da psicopatologia, o teste multivariado para o grupo mostrou ser estatisticamente significativo [Lambda de  $Wilks = .47$ ,  $F(3, 70) = 26.83$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .54$ ].

Os testes univariados (ANOVA) detectaram diferenças entre os grupos apenas na dimensão de inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho (SIS1) [ $F(1, 72) = 78.66$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .52$ ]. Utilizando a Correção de Bonferroni ( $p < .001$ ), os testes de post-hoc indicaram que os indivíduos do grupo clínico ( $M = 40.01$ ,  $DP = .94$ ) apresentaram significativamente mais inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho (SIS1) comparativamente com os sujeitos do grupo de controlo ( $M = 26.65$ ,  $DP = .89$ ). A magnitude do efeito das diferenças foi elevada (Tabela 21).

Tabela 21

*Excitação e Inibição Sexual em função dos grupos clínico e de controlo (N = 77):*  
*Análises Univariadas da Variância.*

SIS/SES	Grupo Clínico		Grupo Controlo		F (1, 72)	p	$\eta_p^2$
	M	DP	M	DP			
SES	51.62	1.65	51.37	1.57	.009	.925	.001
SIS1	40.01	.94	26.65	.89	<b>78.66***</b>	.001	.522
SIS2	30.70	.91	28.10	.86	3.20	.078	.043

\*\*\*  $p < .001$ .

*Nota:* Nível de significância estatística calculado segundo a Correção de Bonferroni:  $p = .001/3 = .0003$ .

Os valores das médias e dos desvios-padrão (erro-padrão) apresentados são ajustados em função das covariáveis (idade, estado civil, habilitações literárias e psicopatologia).

### 5.3.4. Auto-Consciência Sexual e Funcionamento Erétil

Realizou-se uma análise multivariada da covariância (MANCOVA) para avaliar o efeito do grupo (grupo clínico vs. grupo controlo) nas duas dimensões da auto-consciência sexual, usando como variável independente o funcionamento erétil e como variáveis dependentes as pontuações obtidas nas duas dimensões da auto-consciência sexual avaliadas por intermédio do SSCS. As variáveis demográficas idade [Lambda de Wilks = .56,  $F(8, 142) = 6.06$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .25$ ] e habilitações literárias [Lambda de Wilks = .67,  $F(4, 146) = 8.09$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .18$ ] mostraram ter um efeito significativo nas dimensões da auto-consciência sexual, avaliado previamente e de forma independente através de MANOVAs, e foram introduzidas como covariáveis na MANCOVA, juntamente com a psicopatologia (variável confundente), de forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes. Uma vez controlados os efeitos da idade, habilitações literárias e da psicopatologia, o teste multivariado para o grupo mostrou ser estatisticamente significativo [Lambda de Wilks = .39,  $F(2, 71) = 54.96$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .61$ ].

Os testes univariados (ANOVA) detectaram diferenças entre os grupos em ambas as dimensões da auto-consciência sexual [embaraço sexual:  $F(1, 72) = 86.82$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .55$ ; auto-focus sexual:  $F(1, 72) = 63.98$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .47$ ]. Utilizando a Correção de Bonferroni ( $p < .001$ ), os testes de post-hoc indicaram que os sujeitos do grupo clínico apresentaram significativamente mais embaraço sexual ( $M = 16.46$ ,  $DP = .76$ ) e mais auto-focus sexual ( $M = 21.74$ ,  $DP = .79$ ) comparativamente com os indivíduos do grupo de controlo (respectivamente  $M = 5.08$ ,  $DP = .72$ ;  $M = 11.57$ ,  $DP = .75$ ). A magnitude do efeito das diferenças foi elevada para ambas as dimensões da auto-consciência sexual (Tabela 22).

Tabela 22

*Dimensões da Auto-Consciência Sexual em função dos grupos clínico e de controlo  
(N = 77): Análises Univariadas da Variância.*

SSCS	Grupo Clínico		Grupo Controlo		F (1, 72)	p	$\eta_p^2$
	M	DP	M	DP			
Embaraço Sexual	16.46	.76	5.08	.72	<b>86.82***</b>	.001	.547
Auto-Focus Sexual	21.74	.79	11.57	.75	<b>63.98***</b>	.001	.471

\*\*\*  $p < .001$ .

*Nota:* Nível de significância estatística calculado segundo a Correção de Bonferroni:  $p = .001/2 = .0005$ .

Os valores das médias e dos desvios-padrão (erro-padrão) apresentados são ajustados em função das covariáveis (idade, habilitações literárias e psicopatologia).

#### **5.4. Discussão**

A presente investigação constitui-se como uma das primeiras realizadas com o intuito de testar o efeito de um conjunto de variáveis disposicionais na diferenciação entre homens sexualmente funcionais provenientes da população geral Portuguesa e homens diagnosticados com disfunção erétil recrutados em unidades especializadas de Sexologia e Urologia/Andrologia. Algumas das variáveis avaliadas neste estudo têm sido implicadas nas dificuldades sexuais em geral (*e.g.*, Quinta Gomes & Nobre, 2009, 2011) e dispomos agora de alguma evidência, embora limitada, acerca da sua relevância para o funcionamento erétil em estudantes universitários Portugueses. Este foi o ponto de partida para a clarificação da potencial implicação das variáveis disposicionais sujeitas a investigação (dimensões da personalidade, afecto-traço, auto-consciência sexual e inibição/excitação sexual) ao nível das situações clínicas de disfunção erétil e que aqui se apresenta.

No que se refere a dimensões mais gerais da personalidade, a hipótese formulada inicialmente antevia que os indivíduos com disfunção erétil se diferenciariam dos sujeitos sexualmente funcionais apenas na dimensão do neuroticismo do *FFM*, apresentando índices significativamente mais elevados nesta faceta da personalidade. Os resultados obtidos ofereceram suporte a esta hipótese e revelaram também um efeito significativo adicional referente à dimensão da abertura à experiência. Relativamente ao neuroticismo, os dados são sugestivos de que o perfil de personalidade de homens com disfunção erétil é caracterizado por níveis de adaptação emocional pobres, tendência para experienciar estados emocionais negativos (*e.g.*, ansiedade, depressão, raiva), desvalorização pessoal e baixa auto-estima, e escassas estratégias de *coping* ou de resolução de problemas. Partindo do princípio que os indivíduos com propensão para o neuroticismo apresentam uma maior vulnerabilidade ao *stress* e recursos limitados para o gerir de forma eficaz e adaptativa (McCrae & Costa, 1987), é possível argumentar que se encontrem mais susceptíveis ao desenvolvimento de perturbações emocionais em geral e também de dificuldades sexuais. Do ponto de vista sexual, os homens com maior predisposição para as referidas características de personalidade podem ser mais susceptíveis a falhas sexuais, mesmo as de carácter transitório e associadas a

oscilações típicas no funcionamento sexual masculino (*e.g.*, dificuldade em obter erecção ou perda de erecção ocasional), e responder com estados emocionais mais intensos e negativos a essas situações (*e.g.*, tristeza, preocupação). A antecipação do insucesso em futuros encontros sexuais e/ou das consequências associadas ao desempenho sexual indesejado (*e.g.*, antecipação de crítica por parte da parceira, perda da imagem pessoal), aliado a uma percepção de incapacidade para lidar com a situação, irá contribuir para um estado de apreensão generalizado (Barlow, 1986; Wiegel et al., 2007) que funcionará como ponto de partida para condicionar a própria performance, ao intensificar a experiência emocional e conduzir a um processamento ineficiente dos estímulos eróticos inerentes à situação sexual. A diminuição da resposta de excitação será a consequência mais provável e a percepção de um novo insucesso, acompanhado de respostas emocionais negativas e de tentativas em monitorizar o próprio desempenho sexual, funcionará como um impulsor para o estabelecimento de uma espiral viciosa de acontecimentos negativos e conduzir ao desenvolvimento e manutenção das dificuldades erécteis.

É de salientar que os resultados encontrados para o neuroticismo nesta amostra (e também para as restantes variáveis em estudo) se revelaram independentes dos efeitos associados à presença de sintomas psicopatológicos. A existência de psicopatologia, em especial de sintomatologia depressiva, em homens experienciando dificuldades persistentes no funcionamento sexual encontra-se muito bem documentada (*e.g.*, Araujo et al., 1998; Quinta Gomes & Nobre, 2011), e por se poder constituir como uma variável confundente neste estudo, o seu efeito foi controlado nas análises estatísticas realizadas. Desta forma, à semelhança do verificado para as demais perturbações emocionais (Brown et al., 1998; Malouff et al., 2005) e para as dificuldades sexuais masculinas em geral (Quinta Gomes & Nobre, 2011), o neuroticismo parece constituir-se como uma dimensão de personalidade com impacto relevante para a disfunção erétil.

Relativamente à dimensão da abertura à experiência, verificou-se que os sujeitos com disfunção erétil apresentaram significativamente níveis mais baixos nesta dimensão comparativamente aos sujeitos sem dificuldades sexuais. Embora este tenha sido um resultado inesperado, pode ser integrado de uma forma plausível no âmbito da conceptualização da disfunção erétil. De facto, uma baixa abertura à experiência parece reflectir um estilo de funcionamento individual caracterizado pelo convencionalismo e conservadorismo (McCrae & Costa, 1987), o que ao nível da esfera sexual se poderá traduzir numa gama de interesses e vivências sexuais mais limitada e também em pouca receptividade à novidade sexual (*e.g.*, leque reduzido de fantasias eróticas, relutância na prática de novas



formas de estimulação sexual). É igualmente possível que a actividade sexual destes sujeitos seja guiada por um conjunto de *scripts* sexuais rígidos e inflexíveis (Gagnon, Rosen, & Leiblum, 1982) que confirmam uma certa monotonia às práticas habituais e, por essa razão, reduzam o potencial de excitação em contextos sexuais. A existência de um conjunto de crenças sexuais conservadoras (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a) poderá ter igualmente uma influência considerável na forma como estes indivíduos vivenciam a sua sexualidade e admite-se que estes e outros aspectos mais específicos do funcionamento cognitivo possam mediar a relação entre a tendência para uma baixa abertura à experiência e a disfunção erétil.

A hipótese inicial avançada para o afecto-traço previa que os sujeitos com disfunção erétil endossassem simultaneamente níveis mais elevados de afecto-traço negativo e mais baixos de afecto-traço positivo, comparativamente aos sujeitos sem disfunção erétil. Os dados obtidos confirmaram esta hipótese ao pôr em destaque o perfil emocional típico dos sujeitos com disfunção erétil, caracterizado pela tendência para experienciar estados de humor negativos (*e.g.*, medo, ansiedade, irritabilidade), mas sobretudo pela propensão para a diminuição generalizada de emoções positivas (*e.g.*, interesse, entusiasmo). Estes resultados vão ao encontro dos verificados em estudos preliminares acerca do efeito do afecto-traço nas dificuldades sexuais em geral (Quinta Gomes & Nobre, 2009) e reforçam o envolvimento das dimensões disposicionais do afecto nas problemáticas sexuais masculinas, em especial na disfunção erétil.

Um aspecto curioso prende-se com o facto de estes resultados replicarem os encontrados nos estudos acerca das emoções evidenciadas pelos sujeitos disfuncionais durante a actividade sexual (Nobre & Pinto Gouveia, 2006b; Rowland et al., 1995). Seja na vertente estado ou traço do afecto, a generalidade dos estudos parece destacar a diminuição marcada de emoções típicas do afecto positivo em sujeitos sexualmente disfuncionais, e não tanto o predomínio de emoções típicas de afecto negativo, embora também se verifiquem, enquanto aspecto distintivo entre sujeitos com e sem dificuldades sexuais. Se se analisarem os indicadores encontrados na amostra universitária do estudo anterior (*i. e.*, apenas o afecto-traço negativo se constituiu como preditor significativo do funcionamento erétil de homens sexualmente funcionais), verifica-se que a propensão para estados emocionais negativos é de facto mais relevante para o funcionamento erétil em geral e a tendência para a escassez de emoções positivas adquire maior significado nas situações clínicas de disfunção erétil. No seu conjunto, estes dados sublinham a relevância do perfil emocional na diferenciação entre sujeitos com e sem disfunção erétil e a sua implicação neste tipo de problemática sexual.



Quanto às dimensões de inibição e excitação sexual, verificou-se que apenas o SIS1 se mostrou discriminativo entre homens sexualmente funcionais e disfuncionais. Conforme sustentava a nossa hipótese, os sujeitos com disfunção erétil apresentaram uma maior propensão para a inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho, o que vai ao encontro de um dos pressupostos centrais do modelo do controlo dual para a resposta sexual (Bancroft & Janssen, 2000, 2001, Janssen & Bancroft, 2007).

Uma maior propensão para o SIS1 em homens com disfunção erétil reflecte a existência de um mecanismo ou tónus inibitório de base que se encontra activo em situações relevantes para a actividade sexual e que impossibilita ou dificulta a resposta de excitação nesses contextos. A forma como o sistema de inibição se expressa no indivíduo e se torna particularmente evidente em contextos sexuais pode ser modulada por um complexo jogo de influências culturais associadas à aprendizagem individual e também por aspectos mais vastos do processamento da informação. A crença de que erecções vigorosas e duradouras são sinónimo de masculinidade e condição *sine qua non* para o prazer e satisfação sexual no homem encontra-se amplamente difundida e enraizada na sociedade em geral e é comumente aceite entre os pares masculinos (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a). Estas mensagens transmitidas culturalmente são largamente penalizadoras da sexualidade masculina, ao investir o homem de uma pressão constante para uma performance sexual irrepreensível, independentemente do contexto ou das situações. Desta forma, a percepção de ameaça acerca da possibilidade de um desempenho inadequado em contextos sexuais, em virtude da experiência do sujeito de que a sua resposta de excitação é inconsistente nessas situações, é susceptível de activar os mecanismos inibitórios e dificultar ou conduzir à perda da excitação sexual. Este processo pode ser igualmente acompanhado da necessidade de monitorizar o desempenho durante a actividade sexual e encontra-se intimamente relacionado com o conceito de auto-consciência sexual, cuja implicação tem sido verificada em sujeitos com dificuldades sexuais (van Lankveld et al., 2008, 2004).

Apesar do modelo do controlo dual postular que os indivíduos mais susceptíveis ao desenvolvimento de disfunção erétil apresentam uma elevada propensão para os mecanismos de inibição sexual, especialmente SIS1, e simultaneamente baixa para a excitação sexual, as hipóteses iniciais não contemplaram o potencial efeito discriminativo do SIS2 ou do SES entre homens com e sem disfunção erétil. Uma das razões que esteve na base desta decisão prendeu-se com a constatação do efeito pouco significativo verificado entre as referidas dimensões e o funcionamento erétil em estudos anteriores (Bancroft et al., 2005; Janssen et al., 2002a). Por outro lado, o facto da amostra clínica utilizada neste estudo

ser constituída por sujeitos com disfunção erétil de etiologia predominantemente psicológica levou-nos a considerar que a dimensão do SES não seria tão relevante na discriminação entre os grupos, por se mostrar mais implicada nas situações clínicas com algum grau de organicidade associado (Bancroft et al., 2005). Como os sujeitos que compuseram a amostra clínica não apresentavam factores de risco orgânicos relevantes nem indicadores sugestivos de compromisso fisiológico da resposta erétil (*i.e.*, apresentavam erecções nocturnas, matinais e espontâneas completas, disfunção erétil situacional), o efeito do SES não era esperado, conforme os resultados vieram a demonstrar. Um aspecto curioso em relação aos dados obtidos no SES prendeu-se com os valores médios encontrados nos dois grupos e que foram praticamente equivalentes, o que é sugestivo da existência de mecanismos de excitação sexual a operar num registo adaptativo em sujeitos com disfunção erétil associada a factores psicológicos.

Quanto ao SIS2, não se revelaram efeitos significativos na diferenciação entre homens com e sem disfunção erétil. Este dado não foi inesperado tendo em conta que a ameaça subjacente a esta dimensão está relacionada não com o desempenho sexual em si e que é central em homens com dificuldades érrecteis, mas com as consequências associadas a esse desempenho (*e.g.*, gravidez indesejada). Embora se admita que esta dimensão possa ser relevante para as situações clínicas de disfunção erétil de etiologia psicológica, o tipo de ameaça mais contextual que incorpora parece-nos ser mais típica de faixas etárias mais jovens ou de homens com relações afectivas pouco estáveis. Não obstante o efeito não ser significativo para o SIS2, verificou-se uma tendência para os sujeitos com disfunção erétil apresentarem valores médios mais elevados nesta dimensão, comparativamente aos funcionais.

No seu conjunto, os dados relativos à aplicação do modelo do controlo dual à disfunção erétil mostram que os mecanismos de propensão para a inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho são típicos de homens com estas dificuldades e se encontram activos em situações onde a resposta de excitação sexual está dificultada.

A evidência empírica (e também clínica) mostra que indivíduos pouco confiantes na sua capacidade para obter ou manter uma resposta de excitação sexual adequada durante as interacções sexuais experienciam níveis significativos de embaraço e desconforto nessas situações, acompanhados por uma tendência para monitorizar a resposta de excitação e o desempenho sexual (van Lankveld et al., 2008, 2004). À semelhança do verificado em estudos anteriores e em consonância com a hipótese inicial, os sujeitos com disfunção erétil que compuseram a amostra clínica apresentaram níveis significativamente mais elevados de

embaraço e de auto-focus sexual, comparativamente aos indivíduos sexualmente funcionais. Estes dados ilustram que homens com disfunção erétil apresentam uma tendência para focar a sua atenção em informação gerada internamente (*e.g.*, sensações físicas, pensamentos) durante a interacção sexual, possivelmente em virtude das preocupações relacionadas com a dificuldade em obter ou manter um nível de erecção adequado para o desempenho sexual. Embora num grau moderado a propensão para o auto-focus sexual se possa revelar útil, e até desejável, para aumentar a excitação sexual (*i.e.*, o foco nos pensamentos ou na resposta genital pode funcionar como um estimulante sexual), os níveis evidenciados pelos sujeitos disfuncionais parecem ter o efeito oposto e contribuir para intensificar a percepção de ameaça perante a exigência de desempenho em contextos sexuais. O foco da atenção na informação interna ou em sinais externos emitidos pela parceira e utilizados pelo sujeito para avaliar o desempenho sexual, será tanto mais penalizador da resposta de excitação quanto maior for a antecipação de uma pobre performance ou a preocupação associada à eventualidade da falha sexual (*i.e.*, perda de erecção). Estes aspectos da auto-consciência sexual funcionam como importantes factores distractivos dos estímulos eróticos e das sensações de prazer da actividade sexual, essenciais para manter níveis adequados de excitação sexual, e contribuem para uma diminuição da resposta sexual neste tipo de situações.

No seu conjunto, os dados deste estudo remetem para a possibilidade de características globais do funcionamento do indivíduo (neuroticismo, abertura à experiência e dimensões do afecto-traço) interagirem com aspectos mais específicos da resposta sexual (propensão para a inibição sexual e auto-consciência sexual) e constituírem factores de risco psicológico para o desenvolvimento e/ou manutenção da disfunção erétil.

Numa sociedade cada vez mais sexualizada e centrada no desempenho sexual, a experiência de perda da erecção durante a interacção sexual com um parceiro é, para a maioria dos homens, no mínimo, constrangedora. Em sujeitos cujo funcionamento global é marcado por uma maior vulnerabilidade a acontecimentos que impliquem um aumento de *stress* percebido, ausência generalizada de entusiasmo e baixa auto-estima, é esperado que respondam a este tipo de episódios de forma mais intensa e negativa (*e.g.*, preocupação excessiva, tristeza) e rigidifiquem o seu comportamento. Estas características, que muitas vezes constituem a força motriz para os indivíduos procurarem ajuda especializada, aliadas a uma propensão para a inibição sexual e auto-consciência sexual, criam o cenário necessário para a repetição dos insucessos sexuais. A antecipação de futuros insucessos sexuais e a preocupação associada às consequências de um mau desempenho conduzem o sujeito à monitorização da sua performance, ao invés do foco nos aspectos eróticos e sexuais do

contexto, o que facilitará um novo insucesso e o estabelecimento de ciclos viciosos e repetitivos de dificuldades erécteis.

Esta conceptualização mais alargada e compreensiva da disfunção erétil, que contempla um conjunto de factores de risco psicológico para o desenvolvimento e manutenção das dificuldades, legitima a inclusão de estratégias terapêuticas destinadas ao tratamento holístico da disfunção erétil e à promoção da saúde sexual no homem, há muito preconizadas (*e.g.*, Althof et al., 2005; Basson et al., 1998; Lue et al., 2004; Metz & McCarthy, 2005).

A restituição da confiança do homem na sua capacidade em obter ou manter uma erecção suficiente para a actividade sexual deverá privilegiar um conjunto de estratégias terapêuticas orientadas para esse efeito. A utilização de inibidores da fosfodiesterase- 5 (*e.g.*, sildenafil, vardenafil, tadalafil ou avanafil) poderá ser um tipo de abordagem possível, mas não a única, ou pelo menos não utilizada isoladamente. Embora a utilização de um agente farmacológico seja importante para atenuar, por exemplo, o tónus de inibição sexual e favorecer a ocorrência da erecção, esta abordagem deverá ser complementada com uma intervenção de cariz psicológico orientada para outros aspectos relevantes da disfunção erétil, como questões associadas à dinâmica relacional entre os parceiros sexuais (*e.g.*, conflitos, comunicação ineficiente, perda de intimidade e deserotização do parceiro) ou aspectos mais idiossincráticos do funcionamento cognitivo e comportamental dos sujeitos (*e.g.*, mitos e crenças erróneas acerca da sexualidade, reportório sexual pobre ou limitado, ansiedade de desempenho). A implementação de técnicas psicoterapêuticas específicas (*e.g.*, reestruturação de padrões de pensamento e de comportamento inflexíveis e disfuncionais, estratégias de resolução de conflitos) e do âmbito da terapia sexual (*e.g.*, treino de estimulação sexual, focos sensoriais, redireccionamento da atenção para o prazer) poderá revelar-se de elevado valor terapêutico quando aliada a uma solução farmacológica, e contribuir para a melhoria, não apenas do funcionamento sexual, mas também da satisfação sexual e do bem-estar geral do homem e da parceira.

Finalmente, é importante destacar algumas limitações inerentes a este estudo e que devem servir de base a uma interpretação cautelosa dos resultados. A inferência causal acerca da relação entre as dimensões disposicionais avaliadas e a disfunção erétil é provavelmente uma das questões mais sensíveis neste estudo, atendendo à sua natureza transversal. Se por um lado, as variáveis avaliadas reflectem diferenças individuais e, por essa razão, representam potenciais factores de vulnerabilidade para a disfunção erétil, por outro, podem traduzir uma manifestação das próprias dificuldades instaladas ou do desconforto emocional

associado a elas. A questão da direccionalidade é, pois, um dos maiores desafios nos estudos transversais, cuja limitação poderá ser contornada recorrendo a estudos contemplando um desenho longitudinal. Um outro aspecto prende-se com a influência de variáveis de natureza cognitiva, relacional ou médica, potencialmente mediadoras da relação entre os factores de risco psicológico encontrados e a disfunção erétil, mas que não foram alvo de avaliação neste estudo. Por esta razão se recomenda o cruzamento destas variáveis em estudos futuros, de forma a avaliar o seu contributo relativo na determinação da disfunção erétil. Uma outra limitação que é importante ser apontada prende-se com a utilização de medidas de auto-resposta para a avaliação das dimensões disposicionais em estudo. Por se tratarem de temáticas sensíveis e idiossincráticas do funcionamento geral e sexual do sujeito, a auto-avaliação está igualmente mais sujeita a enviesamentos por parte de quem responde e, por essa razão, se admite a possibilidade de nem todas as respostas reflectirem a realidade do sujeito. Por fim, uma observação relativamente às diferenças sócio-demográficas verificadas entre os participantes das amostras. Embora se tenham controlado os efeitos destas variáveis nas análises estatísticas, reconhecemos que a utilização emparelhada de sujeitos nas amostras constituísse uma alternativa mais rigorosa do ponto de vista metodológico. Reconhecendo esta limitação, recomenda-se o recurso a amostras emparelhadas em estudos futuros.

Esperamos que este estudo se constitua um ponto de partida para a realização de novas investigações acerca dos factores de risco psicológico associados à disfunção erétil e estimule o interesse acerca dos mecanismos disposicionais envolvidos na resposta de excitação sexual masculina.



## Capítulo 6

---

*Estudo IV: Relevância clínica das variáveis  
disposicionais na diferenciação da disfunção erétil  
associada a factores de risco médicos e psicológicos*





## Capítulo 6

### Relevância clínica das variáveis disposicionais na diferenciação da disfunção erétil associada a factores de risco médicos e psicológicos

#### 6.1. Introdução

A discussão em torno dos factores etiológicos associados à disfunção erétil conta com uma longa tradição no campo da Sexologia Clínica e da Medicina Sexual. É especialmente durante a década de 80 que se assiste a um esforço conjunto entre clínicos e investigadores na procura de marcadores psicológicos e biológicos da disfunção erétil que possibilitem, com rigor e eficácia, a diferenciação entre dificuldades erécteis decorrentes de alterações nos mecanismos fisiológicos (disfunção erétil de causa orgânica), daquelas resultantes da presença de factores psicológicos ou interpessoais (disfunção erétil psicogénica). Do ponto de vista terapêutico, esta distinção etiológica assumia-se como essencial na abordagem do doente com disfunção erétil, atendendo ao grau invasivo, e por vezes irreversível, de alguns dos procedimentos disponíveis na época (*e.g.*, implantes penianos).

Na tentativa de identificar indicadores objectivos que permitissem a diferenciação entre a etiologia associada às dificuldades erécteis, foram conduzidos vários estudos utilizando os meios auxiliares de diagnóstico mais sofisticados e disponíveis na altura (*e.g.*, tumescência peniana nocturna ou Rigiscan) e um conjunto de instrumentos de avaliação psicométrica (*e.g.*, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* - MMPI; *Symptom Checklist-90* - SCL-90; *Millon Behavioral Health Inventory* - MBHI) (Camic, 1983; Jefferson, Glaros, Spevack, Boaz, & Murray, 1989; Orlandini et al., 1993; Segraves, 1987). Contudo, nenhuma técnica se mostrou infalível na diferenciação dos aspectos etiológicos envolvidos na disfunção erétil e, apesar de alguns estudos mostrarem taxas de classificação bastante consideráveis relativamente aos correlatos psicológicos encontrados (Beutler, Karacan, Anch, Sails, Scott, & Williams, 1975; Camic, 1983; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973), os dados apresentavam inconsistência e careciam de replicação (Jefferson et al., 1989; Levenson, Olkin, Herzoff, & Delancy, 1986; Marshall, SurrIDGE, & Delva, 1980; Melman & Redfield, 1981; Segraves, Schoenberg, Zarins, Knopf, & Camic, 1981; Staples, Fischer, Shapiro, Martin, & Gonick, 1980).

O aparecimento do sildenafil no final dos anos 90 veio atenuar as preocupações acerca da etiologia associada à disfunção erétil. A existência de um fármaco susceptível de melhorar a função erétil em homens com dificuldades na erecção remeteu para um segundo

plano os aspectos psicológicos e interpessoais envolvidos na disfunção erétil, assumindo-se a existência de algum grau de organicidade na maioria das situações clínicas (Segraves, 2010).

Apesar dos agentes orais se constituírem como o tratamento de primeira linha da disfunção erétil ao longo da última década, com benefícios terapêuticos sobejamente demonstrados (entre 50 a 90%), esta modalidade terapêutica tem sido igualmente apontada como apresentando as mais altas taxas de descontinuação e de insatisfação entre os doentes (ascendendo aos 50%, Althof et al., 2005). Os factores de natureza psicológica e interpessoal (*e.g.*, características individuais, ansiedade de desempenho, factores relacionais), não contemplados neste tipo de intervenção terapêutica, têm sido uma das principais razões apontadas na literatura para o abandono e insatisfação com as terapias farmacológicas (Althof, 2002; Lue et al., 2004; Segraves, 2010).

Um exemplo ilustrativo do que foi anteriormente referido é-nos dado por Carvalheira e colaboradores (2012), que, num estudo recente, avaliaram as razões apontadas por 327 homens diagnosticados com disfunção erétil para o abandono do tratamento com inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE-5). Os autores verificaram que a ineficácia do tratamento (37%) e a existência de factores de cariz psicológico associados às dificuldades (*e.g.*, emoções negativas, medos, preocupações, crenças disfuncionais) (17.5%) se constituíam como os motivos mais frequentemente apontados para o abandono do tratamento. Este estudo mostrou, ainda, que 49% dos homens que constituíram a amostra tinham suspenso o tratamento, sendo que a maioria o tinha feito nos três meses seguintes ao seu início (55%), e que as taxas de descontinuação mais significativas se verificaram entre os homens que apresentavam condições médicas de relevo associadas às suas dificuldades (*e.g.*, diabetes). Um dado curioso e de significado clínico considerável encontrado neste estudo, prendeu-se com a verificação de que homens cujas parceiras estavam envolvidas no processo terapêutico apresentaram menos probabilidades de abandono do tratamento prescrito (Carvalheira et al., 2012).

A visão tradicional da disfunção erétil como tendo uma etiologia definida e polarizada (orgânica *vs.* psicogénica) não se coaduna, portanto, com o estado do conhecimento actual acerca dos mecanismos envolvidos nas dificuldades desta natureza e encontra-se desfasada da realidade clínica (Segraves, 2010). A dificuldade em determinar com exactidão a etiologia associada à maioria das situações de disfunção erétil tem sido uma preocupação generalizada e partilhada entre a comunidade clínica internacional, e um dos argumentos mais utilizados na proposta de eliminação desse especificador diagnóstico na

nova versão do *DSM* (Segraves, 2010). Os dados clínicos mostram que os factores de natureza psicológica e médica coexistem na maioria das situações clínicas de disfunção erétil e que, mesmo as dificuldades eréteis decorrentes da presença de patologias orgânicas com impacto conhecido na função erétil, implicam um grau considerável de desconforto emocional no homem e no casal (*e.g.*, preocupações com o desempenho, auto-imagem diminuída, conflitos relacionais), e têm uma influência significativa na exacerbação e manutenção das dificuldades (Althof, 2002; Basson et al., 1998; Jannini et al., 2010; Lue et al., 2004; Sachs, 2003). O reconhecimento da natureza multideterminada da disfunção erétil, onde variáveis de natureza biológica, psicológica e social intervêm e interagem entre si na determinação e manutenção das dificuldades, pressupõe, por isso, o recurso a um modelo de intervenção biopsicossocial que contemple uma abordagem terapêutica integrada e multidisciplinar no tratamento deste quadro clínico (Lue et al., 2004). Conforme indicado pela evidência empírica, esta tem sido, aliás, a estratégia terapêutica que maior eficácia tem demonstrado ao nível da satisfação sexual do doente e do casal, a curto e a médio prazo, mesmo em situações em que se verifica uma baixa adesão à medicação (Aubin et al., 2009; Banner & Anderson, 2007; Gruen et al., 2006; Phelps et al., 2004).

Apesar do impacto amplamente reconhecido das variáveis de cariz psicológico na disfunção erétil, o estudo acerca da sua influência nas situações clínicas associadas a condições médicas (disfunção erétil de etiologia combinada; APA, 2000) não tem merecido muita atenção na literatura empírica. Embora esta seja uma linha de investigação ainda pouco explorada, consideramos que se reveste de interesse científico considerável e, sobretudo, clínico, na medida em que poderá contribuir para elucidar acerca do tipo de mecanismos psicológicos envolvidos na disfunção erétil associada a factores médicos e que se parecem sobrepor, por exemplo, aos efeitos fisiológicos das terapias farmacológicas em homens que abandonam os tratamentos com PDE-5. Neste contexto, o estudo das variáveis de natureza disposicional em homens diagnosticados com disfunção erétil combinada poderá revelar-se particularmente relevante, ao elucidar acerca das variáveis individuais traço susceptíveis de interferir com o curso das dificuldades.

O levantamento da literatura acerca da implicação das variáveis disposicionais sujeitas a investigação na disfunção erétil associada a diferentes etiologias, mostra-nos, apenas, a existência de dados preliminares relativamente aos mecanismos de excitação/inibição sexual (Bancroft et al., 2005). Embora o estudo liderado por Bancroft (2005) tenha revelado a inexistência de diferenças significativas nas dimensões de inibição/excitação sexual em homens diagnosticados com diferentes etiologias de disfunção erétil (psicogénica *vs.*

orgânica vs. combinada), os autores identificaram uma tendência para níveis mais baixos de SES em homens com condições médicas associadas às dificuldades erécteis, comparativamente aos sujeitos com dificuldades sugestivas de uma etiologia psicológica. Estes dados preliminares são sugestivos da capacidade discriminativa da dimensão de excitação sexual na diferenciação entre homens com dificuldades erécteis associadas a diferentes factores de risco, mas carecem de replicação.

O presente trabalho pretende identificar o conjunto de variáveis psicológicas disposicionais (dimensões da personalidade, afecto-traço, auto-consciência sexual e excitação/inibição sexual) presentes em homens diagnosticados com disfunção erétil combinada e susceptíveis de diferenciar entre este grupo de homens, homens com o mesmo tipo de dificuldades embora não directamente associadas a factores médicos e homens sexualmente saudáveis da população geral. O ponto de partida para esta investigação assenta no pressuposto de que algumas das dimensões avaliadas possam funcionar como importantes factores de manutenção das dificuldades erécteis instaladas, independentemente do factor ou do conjunto de factores etiológicos que as desencadearam, e contribuir para a sua exacerbação ao diminuir a capacidade do indivíduo e do casal para lidar com as mesmas.

Como a maioria das variáveis em estudo será testada empiricamente pela primeira vez em homens com disfunção erétil combinada, as hipóteses de investigação avançadas assentam nos dados encontrados no estudo comparativo anterior (Capítulo 5). A justificação prende-se com o facto de se considerar que algumas das variáveis em análise são relevantes para os homens que procuram ajuda para dificuldades erécteis, independentemente dos factores a ela associados. Desta forma, espera-se que as dimensões globais da personalidade (*i.e.*, elevado neuroticismo, baixa abertura, elevado afecto-traço negativo e baixo afecto-traço positivo) apresentem um efeito diferenciador entre homens diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos, homens com disfunção erétil combinada e homens sem dificuldades sexuais, e numa razão decrescente de significância. Prevê-se também que as dimensões da inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho (SIS1) e auto-consciência sexual (embaraço e auto-focus sexual) apenas discriminem entre os grupos clínicos e de controlo, com os primeiros a apresentarem níveis mais elevados nestas dimensões. Por fim, espera-se que a dimensão de excitação sexual (SES) revele capacidade discriminativa apenas entre os dois grupos clínicos, com o grupo de homens com patologia médica associada às dificuldades erécteis a apresentar níveis mais baixos nesta dimensão.

## 6.2. Metodologia

### 6.2.1. Participantes

Neste estudo participaram 73 indivíduos do sexo masculino, distribuídos por três grupos distintos. Um dos grupos clínicos foi composto por 37 homens diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos (APA, 2000) e designou-se por grupo de etiologia predominantemente psicológica. Os sujeitos que compuseram este grupo apresentavam erecções nocturnas, matinais e espontâneas completas, disfunção erétil situacional, habitualmente durante a actividade sexual com uma parceira, e ausência de condições médicas que contribuíssem em grau suficiente para justificar a presença das dificuldades. O segundo grupo clínico, denominado por grupo de etiologia combinada, foi constituído por 16 homens diagnosticados com disfunção erétil devido a factores combinados (APA, 2000). Estes sujeitos apresentavam alterações significativas na qualidade das erecções nocturnas, matinais e/ou espontâneas, ou a inexistência destas erecções, apresentavam dificuldades erécteis na generalidade das situações sexuais e independentemente dos parceiros envolvidos, e coexistência de factores médicos e psicológicos relevantes para a presença das dificuldades (APA, 2000). Em ambos os grupos clínicos as dificuldades erécteis estavam presentes de forma recorrente e persistente nos 6 meses anteriores à avaliação clínica (Segraves, 2010). Os sujeitos que compuseram as amostras clínicas foram recrutados em serviços de Urologia, Andrologia e Sexologia Clínica/Médica de dois hospitais centrais.

O terceiro grupo reuniu 20 sujeitos da população geral sem dificuldades ao nível do funcionamento sexual actual e serviu de comparação aos grupos clínicos, sendo por isso designado por grupo de controlo (amostra de conveniência).

Os grupos clínicos diferiram significativamente do grupo de controlo no que respeita às variáveis demográficas idade [grupo de etiologia predominantemente psicológica:  $M = 47.8$ ,  $DP = 12.3$ ; grupo de etiologia combinada:  $M = 54.5$ ,  $DP = 7.2$ ; grupo de controlo:  $M = 35.6$ ,  $DP = 5.0$ ,  $F(2, 70) = 17.98$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .34$ ], mas não entre si [ $F(2, 70) = 17.98$ ,  $ns$ ], e habilitações literárias [ $H = 20.60$ ,  $p < .001$ ]. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos relativamente ao estado civil [ $\chi^2(2, N = 73) = 2.78$ ,  $ns$ ]. A caracterização dos grupos encontra-se feita com maior detalhe na secção 2.1.4. da *Metodologia* (Capítulo 2).

### 6.2.2. Procedimentos

Os sujeitos que compuseram os grupos clínicos foram recrutados em consultas especializadas de Urologia, Andrologia e Sexologia Clínica/Médica de dois estabelecimentos de saúde públicos, após parecer favorável das respectivas Comissões de Ética e Conselhos de Administração. Os pacientes diagnosticados com disfunção erétil (APA, 2000) foram convidados a participar no estudo e posteriormente integrados num dos grupos clínicos consoante as características clínicas evidenciadas e os factores de risco/etiologia provável associados às dificuldades (grupo de etiologia predominantemente psicológica vs. grupo de etiologia combinada). O grupo de controlo foi constituído por 20 indivíduos da população geral sem dificuldades ao nível do funcionamento sexual actual (amostra de conveniência).

Todos os participantes (grupos clínicos e grupo de controlo) foram contactados directamente pela autora que disponibilizou informação acerca dos objectivos do estudo, da sua natureza anónima e confidencialidade das respostas e do tratamento dos dados. Após assinado o formulário de consentimento informado, os participantes procederam ao preenchimento de uma bateria de questionários, posteriormente devolvida à autora em envelope selado. Não foi oferecida qualquer contrapartida financeira ou de outra natureza pela participação neste estudo. A descrição dos procedimentos é feita detalhadamente na secção 2.2.4. da *Metodologia* (Capítulo 2).

### 6.2.3. Instrumentos

A descrição dos instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo e das respectivas características psicométricas é feita na secção 2.3. da *Metodologia* (Capítulo 2):

1. *Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais (SDI)*,
2. *Formulário Sócio-Demográfico e de História Médica e Sexual (FSD-HMS)*,
3. *Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)*,
4. *Inventário de Personalidade dos Cinco Factores (NEO-FFI)*,
5. *Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS)*,
6. *Escala de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)*,
7. *Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)*.

### 6.3. Resultados

#### 6.3.1. Dimensões da Personalidade e Etiologia da Disfunção Erétil

Foi efectuada uma análise discriminante (método Standard) com o objectivo de identificar as dimensões da personalidade com potencial para discriminar significativamente os indivíduos pertencentes aos grupos com diferentes etiologias de disfunção erétil (grupo de etiologia predominantemente psicológica vs. grupo de etiologia combinada) e grupo de controlo. Utilizaram-se como variáveis predictoras as pontuações obtidas nas cinco dimensões da personalidade (Tabela 23), avaliadas por intermédio do *NEO-FFI*, e como variáveis dependentes os três grupos.

Tabela 23

*Médias e Desvios-Padrão nas Dimensões da Personalidade nos grupos clínicos e de controlo (N = 73).*

NEO-FFI	Grupo Etiologia Psicológica		Grupo Etiologia Combinada		Grupo Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
Neuroticismo	2.64	.56	2.63	.65	1.70	.64
Extroversão	2.02	.50	1.97	.41	2.56	.57
Abertura à Experiência	1.56	.49	1.48	.42	2.42	.50
Amabilidade	2.36	.30	2.16	.36	2.56	.36
Conscienciosidade	2.89	.46	2.60	.47	2.65	.54

A análise identificou duas funções discriminantes, sendo que a primeira explicou 91% da variância entre os grupos,  $R^2$  Canónico = .56, e a segunda função discriminante explicou apenas 9% da variância,  $R^2$  Canónico = .11. Em conjunto, as duas funções discriminantes identificadas diferenciaram de forma estatisticamente significativa os grupos [Lambda de Wilks = .40,  $\chi^2(10) = 62.96$ ,  $p < .001$ ], embora removendo a primeira função discriminante, a segunda função perdesse a capacidade para discriminar entre os grupos [Lambda de Wilks = .89,  $\chi^2(4) = 7.99$ , *ns*]. A análise da matriz dos coeficientes estruturais mostrou que a primeira função discriminante apresentou correlações mais elevadas com as dimensões de abertura ( $r = -.75$ ), neuroticismo ( $r = .63$ ) e extroversão ( $r = -.45$ ). Conforme se pode verificar na Tabela 24, os coeficientes canónicos standardizados para a determinação do poder discriminativo das variáveis na diferenciação dos grupos mostraram que as dimensões do neuroticismo (.70)

e da abertura (-.63) se constituíram como os preditores mais significativos da função discriminante na diferenciação entre os grupos.

Tabela 24

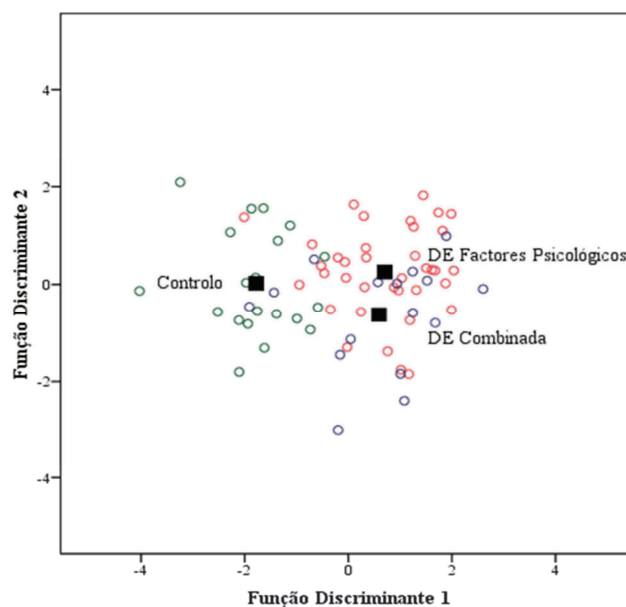
*Funções discriminantes na etiologia da disfunção erétil (N = 77): Análise Discriminante, método Standard.*

NEO-FFI	Coeficientes canônicos estandardizados nas funções discriminantes	
	1	2
Neuroticismo	.702	.412
Extroversão	.101	-.444
Abertura	-.633	.408
Amabilidade	-.180	.777
Conscienciosidade	.532	.683
<i>Eigenvalue</i>	1.244	.125
Variância explicada	90.9%	9.1%
<i>R<sup>2</sup> Canônico</i>	.56	.11

Conforme ilustrado na Figura 5, a análise das médias dos três grupos na primeira função discriminante (centróides) mostrou que os indivíduos pertencentes aos grupos clínicos se posicionaram positivamente em relação a esta (grupo de etiologia predominantemente psicológica: .71; grupo de etiologia combinada: .59), enquanto que os sujeitos do grupo de controlo se posicionaram negativamente em relação à mesma função (-1.78). Isto significa que pontuações elevadas na dimensão do neuroticismo e simultaneamente baixas na dimensão de abertura discriminam significativamente indivíduos com disfunção erétil de sujeitos sexualmente saudáveis, mas não têm poder discriminativo entre as duas etiologias de disfunção erétil.



Figura 5

*Representação Gráfica das Funções Discriminantes**Legenda:*

- - Disfunção Erétil devido a Factores Psicológicos
- - Disfunção Erétil devido a Factores Combinados
- - Grupo de controlo
- - Centróides dos grupos

A análise da classificação dos sujeitos pelos grupos mostrou que a função discriminante identificada classificou correctamente 74% dos casos. Conforme se pode verificar na Tabela 25, 83.8% dos sujeitos com disfunção erétil de etiologia predominantemente psicológica e 90% dos indivíduos do grupo de controlo foram correctamente classificados. No grupo de disfunção erétil de etiologia combinada foram correctamente identificados 31.3% dos casos. Estes dados mostram o elevado poder discriminativo das dimensões da personalidade na diferenciação entre sujeitos com disfunção erétil e sujeitos sexualmente saudáveis, mas fraco poder para discriminar entre sujeitos com dificuldades ércteis de diferentes etiologias.

Tabela 25

*Classificação dos sujeitos pelos três grupos e funções classificatórias.*

	Grupo predicto		Grupo Controlo	Total
	Grupo Etiologia Psicológica	Grupo Etiologia Combinada		
Grupo Etiologia Psicológica				
<i>n</i> (%)	31 (83.8)	4 (10.8)	2 (5.4)	37 (100)
Grupo Etiologia Combinada				
<i>n</i> (%)	9 (56.3)	5 (31.3)	2 (12.5)	16 (100)
Grupo Controlo				
<i>n</i> (%)	2 (10)	0 (0)	18 (90)	20 (100)

### 6.3.2. Dimensões do Afecto-Traço e Etiologia da Disfunção Erétil

Foi efectuada uma análise discriminante (método Standard) de forma a averiguar a capacidade de cada uma das dimensões do afecto para discriminar os indivíduos pertencentes a cada um dos três grupos (grupo de etiologia predominantemente psicológica vs. grupo de etiologia combinada vs. grupo de controlo). Utilizaram-se como variáveis predictoras as pontuações obtidas nas duas dimensões traço do afecto (Tabela 26), avaliadas por intermédio do *PANAS*, e como variáveis dependentes os três grupos.

Tabela 26

*Médias e Desvios-Padrão nas Dimensões do Afecto-Traço nos grupos clínicos e de controlo (N = 73).*

	Grupo Etiologia Psicológica		Grupo Etiologia Combinada		Grupo Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
PANAS						
Afecto-Traço Positivo	14.81	5.85	12.13	2.06	27.70	4.08
Afecto-Traço Negativo	17.83	4.48	18.63	5.46	12.25	5.90

Foram extraídas duas funções discriminantes, sendo que a primeira função explicou a totalidade da variância observada entre os grupos (100%),  $R^2$  Canónico = .68, diferenciando significativamente os grupos quanto à etiologia da disfunção erétil [Lambda de *Wilks* = .32,

$\chi^2(4) = 78.96, p < .001$ ]. A análise da matriz dos coeficientes estruturais mostrou que a função discriminante apresentou uma correlação elevada com a dimensão do afecto-traço positivo ( $r = .91$ ) e baixa com afecto-traço negativo ( $r = -.36$ ). Os coeficientes canónicos estandardizados para a determinação do poder discriminativo das variáveis na diferenciação dos grupos reforçaram o elevado poder discriminativo da primeira dimensão (.94) e baixo da segunda (-.43) (Tabela 27).

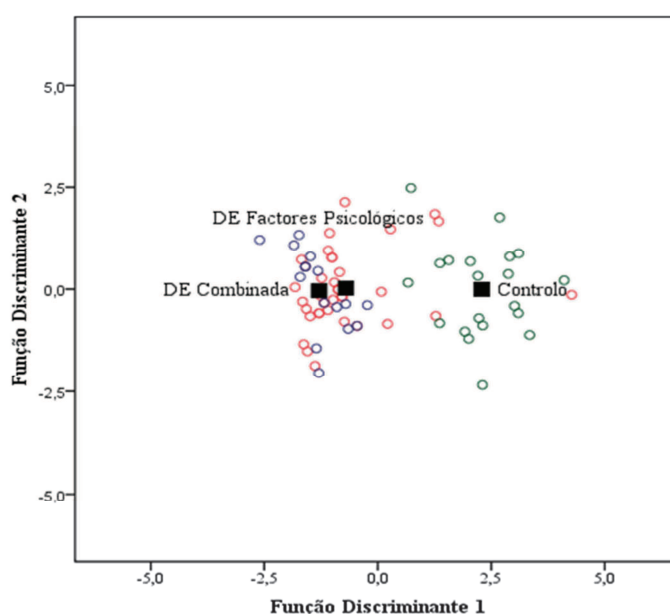
Tabela 27

*Funções discriminantes na etiologia da disfunção erétil (N = 77): Análise Discriminante, método Standard.*

PANAS	Coeficientes canónicos estandardizados nas funções discriminantes	
	1	2
Afecto-Traço Positivo	.937	.357
Afecto-Traço Negativo	-.426	.908
<i>Eigenvalue</i>	2.165	.001
Variância explicada	100%	0%
$R^2$ Canónico	.68	.01

A análise das médias dos três grupos na função discriminante (centróides) mostrou que os indivíduos de ambos os grupos clínicos se posicionaram negativamente relativamente a esta (grupo de etiologia predominantemente psicológica: -.70; grupo de etiologia combinada: -1.29) comparativamente com os sujeitos do grupo de controlo que se posicionam positivamente (2.29) em relação à função discriminante (Figura 6). Desta forma, pontuações baixas na dimensão do afecto-traço positivo e elevadas na dimensão do afecto-traço negativo, embora nesta última em menor grau, discriminam significativamente entre indivíduos com disfunção erétil de etiologia combinada e psicológica de sujeitos sexualmente saudáveis, mas não têm poder discriminativo para diferenciar entre sujeitos com diferentes etiologias de disfunção erétil.

Figura 6

*Representação Gráfica das Funções Discriminantes**Legenda:*

- - Disfunção Erétil devido a Factores Psicológicos
- - Disfunção Erétil devido a Factores Combinados
- - Grupo de controlo
- - Centróides dos grupos

Conforme se pode verificar na Tabela 28, a função discriminante identificada classificou correctamente 70.8% dos casos. No grupo de sujeitos com disfunção erétil de etiologia predominantemente psicológica foram correctamente classificados 88.9% dos indivíduos e no grupo de controlo foram correctamente identificados 90% dos casos. No grupo de disfunção erétil de etiologia combinada apenas 6.3% dos casos foram correctamente identificados. Estes dados mostram o elevado poder da dimensão do afecto-traço positivo e mais baixo do afecto-traço negativo na discriminação entre sujeitos com disfunção erétil e sujeitos sexualmente saudáveis, mas fraco poder para discriminar entre sujeitos com disfunção erétil de diferentes etiologias.

Tabela 28

*Classificação dos sujeitos pelos três grupos e funções classificatórias.*

	Grupo predicto			Total
	Grupo Etiologia Psicológica	Grupo Etiologia Combinada	Grupo Controlo	
Grupo Etiologia Psicológica				
<i>n</i> (%)	32 (88.9)	0 (0)	4 (11.1)	36 (100)
Grupo Etiologia Combinada				
<i>n</i> (%)	15 (93.8)	1 (6.3)	0 (0)	16 (100)
Grupo Controlo				
<i>n</i> (%)	2 (10)	0 (0)	18 (90)	20 (100)

### 6.3.3. Excitação e Inibição Sexual e Etiologia da Disfunção Erétil

Realizou-se uma análise discriminante (método Standard) de forma a identificar as dimensões de excitação e inibição sexual susceptíveis de discriminar entre os indivíduos pertencentes a cada um dos dois grupos etiológicos (grupo de etiologia predominantemente psicológica vs. grupo de etiologia combinada) e grupo de controlo. Utilizaram-se como variáveis predictoras as pontuações obtidas na dimensão de excitação sexual e nas duas dimensões de inibição sexual, avaliadas por intermédio do *SIS/SES*, e como variáveis dependentes os três grupos (Tabela 29).

Tabela 29

*Médias e Desvios-Padrão nas Dimensões de Inibição e Excitação Sexual nos grupos clínicos e de controlo (N = 73).*

	Grupo Etiologia Psicológica		Grupo Etiologia Combinada		Grupo Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
SIS/SES						
SES	49.89	5.70	43.13	6.23	54.35	12.42
SIS1	40.81	3.79	42.19	3.45	26.10	4.40
SIS2	31.05	2.55	30.88	2.85	28.45	5.26

Foram extraídas duas funções discriminantes, sendo que a primeira função explicou cerca de 97% da variância observada entre os grupos,  $R^2$  Canónico = .77, e a segunda função

discriminante explicou apenas 3% da variância,  $R^2$  Canónico = .10. Ambas as funções discriminantes extraídas diferenciaram de forma significativa os grupos [Função 1: Lambda de Wilks = .21,  $\chi^2(6) = 108.63$ ,  $p < .001$ ; Função 2: Lambda de Wilks = .90,  $\chi^2(2) = 7.18$ ,  $p < .05$ ]. A análise da matriz dos coeficientes estruturais mostrou que a primeira função discriminante apresentou uma correlação muito forte com a variável SIS1 ( $r = .97$ ) e que a segunda função discriminante apresentou uma correlação igualmente forte com a variável SES ( $r = .85$ ). A dimensão do SIS2 apresentou correlações baixas com ambas as funções discriminantes (Função 1:  $r = .18$ ; Função 2:  $r = .19$ ) e foi excluída. Os coeficientes canónicos estandardizados para a determinação do poder discriminativo das variáveis na diferenciação dos grupos mostraram o elevado poder discriminativo da dimensão do SIS1 (.99) e do SES (1.02) (Tabela 30).

Tabela 30

*Funções discriminantes na etiologia da disfunção erétil (N = 77): Análise Discriminante, método Standard.*

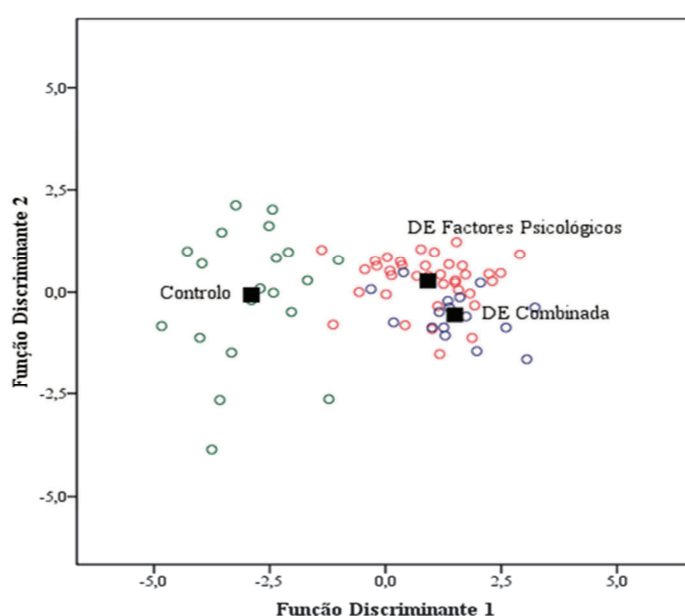
SIS/SES	Coeficientes canónicos estandardizados nas funções discriminantes	
	1	2
SES	-.269	1.022
SIS1	.993	.140
SIS2	-.114	.506
<i>Eigenvalue</i>	3.35	.11
Variância explicada	96.8%	3.2%
$R^2$ Canónico	.77	.10

A análise das médias dos três grupos nas funções discriminantes (centróides) mostrou que os indivíduos de ambos os grupos clínicos se posicionaram positivamente relativamente à primeira função (grupo de etiologia predominantemente psicológica: .92; grupo de etiologia combinada: 1.50) comparativamente com os sujeitos do grupo de controlo que se posicionaram negativamente (-2.89) em relação a esta função discriminante. Do mesmo modo, os sujeitos do grupo de etiologia predominantemente psicológica posicionaram-se positivamente no que respeita à segunda função (.27) enquanto os sujeitos dos grupos de controlo e de etiologia combinada se posicionaram negativamente em relação à mesma (-.07 e -.55, respectivamente) (Figura 7). Desta forma, pontuações elevadas na dimensão do SIS1

discriminam significativamente entre indivíduos com disfunção erétil, independentemente da sua etiologia, de sujeitos sexualmente saudáveis, mas não têm poder discriminativo para diferenciar entre sujeitos com diferentes etiologias de disfunção erétil. Ainda, pontuações elevadas na dimensão SES discriminam essencialmente entre indivíduos com disfunção erétil de etiologia predominantemente psicológica de sujeitos com disfunção erétil de etiologia combinada.

Figura 7

*Representação Gráfica das Funções Discriminantes*



*Legenda:*

- - Disfunção Erétil devido a Factores Psicológicos
- - Disfunção Erétil devido a Factores Combinados
- - Grupo de controlo
- - Centróides dos grupos

A análise da classificação dos sujeitos pelos grupos mostrou que as funções discriminantes identificadas classificaram correctamente 76.7% dos casos. Conforme se pode verificar na Tabela 31, 89.2% dos sujeitos com disfunção erétil de etiologia predominantemente psicológica e 95% dos casos no grupo de controlo foram correctamente classificados. Cerca de 25% dos indivíduos com disfunção erétil de etiologia combinada foram igualmente identificados de forma correcta. Estes dados sugerem o elevado poder da

dimensão SIS1 para discriminar entre sujeitos com disfunção erétil e sujeitos sexualmente saudáveis e do SES para discriminar essencialmente entre sujeitos com disfunção erétil de diferentes etiologias.

Tabela 31

*Classificação dos sujeitos pelos três grupos e funções classificatórias.*

	Grupo predicto		Grupo Controlo	Total
	Grupo Etiologia Psicológica	Grupo Etiologia Combinada		
Grupo Etiologia Psicológica				
<i>n</i> (%)	33 (89.2)	2 (5.4)	2 (5.4)	37 (100)
Grupo Etiologia Combinada				
<i>n</i> (%)	12 (75)	4 (25)	0 (0)	16 (100)
Grupo Controlo				
<i>n</i> (%)	1 (5)	0 (0)	19 (95)	20 (100)

#### 6.3.4. Auto-Consciência Sexual e Etiologia da Disfunção Erétil

Foi efectuada uma análise discriminante (método Standard) de forma a averiguar a capacidade das duas dimensões da auto-consciência sexual para discriminar os indivíduos pertencentes a cada um dos três grupos (grupo de etiologia predominantemente psicológica vs. grupo de etiologia combinada vs. grupo de controlo). Utilizaram-se como variáveis predictoras as pontuações obtidas nas duas dimensões da auto-consciência sexual (Tabela 32), avaliadas por intermédio do SSCS, e como variáveis dependentes os três grupos.

Tabela 32

*Médias e Desvios-Padrão nas Dimensões de Auto-Consciência Sexual nos grupos clínicos e de controlo (N = 73).*

	Grupo Etiologia Psicológica		Grupo Etiologia Combinada		Grupo Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
SSCS						
Embaraço Sexual	16.43	2.82	15.56	2.63	4.5	5.13
Auto-Focus Sexual	21.57	2.22	21.38	2.13	11.10	5.29



Foram extraídas duas funções discriminantes, sendo que a primeira função explicou quase a totalidade da variância observada entre os grupos, 99.8%,  $R^2$  Canónico = .75, e a segunda função discriminante explicou apenas .2% da variância,  $R^2$  Canónico = .005. Em conjunto, as funções discriminantes extraídas diferenciaram de forma significativa os grupos [Lambda de Wilks = .25,  $\chi^2(4) = 95.73$ ,  $p < .001$ ] mas, removendo a primeira função discriminante, a segunda função não diferenciou significativamente entre os grupos [Lambda de Wilks = .10,  $\chi^2(1) = .32$ , *ns*]. A análise da matriz dos coeficientes estruturais mostrou que a função discriminante apresentou correlações fortes com as variáveis embaraço sexual ( $r = .87$ ) e auto-focus sexual ( $r = .83$ ). Os coeficientes canónicos estandardizados para a determinação do poder discriminativo das variáveis na diferenciação dos grupos reforçaram o elevado poder discriminativo de ambas as dimensões (embaraço sexual: .63; auto-focus sexual: .55) (Tabela 33).

Tabela 33

*Funções discriminantes na etiologia da disfunção erétil (N = 77): Análise Discriminante, método Standard.*

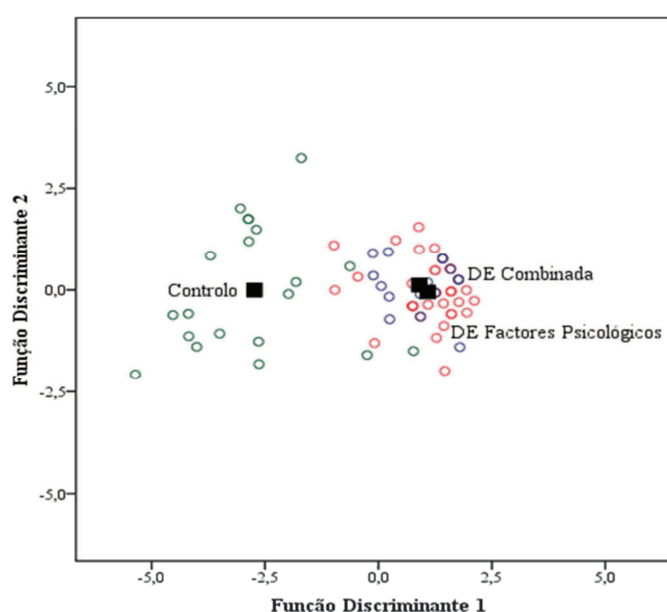
SSCS	Coeficientes canónicos estandardizados nas funções discriminantes	
	1	2
Embaraço Sexual	.625	-.926
Auto-Focus Sexual	.551	.972
<i>Eigenvalue</i>	2.946	.005
Variância explicada	99.8%	.2%
$R^2$ Canónico	.75	.005

Conforme ilustrado na Figura 8, a análise das médias dos três grupos nas funções discriminantes (centróides) mostrou que os indivíduos de ambos os grupos clínicos se posicionaram positivamente relativamente à primeira função (grupo de etiologia predominantemente psicológica: = 1.09; grupo de etiologia combinada = .90) comparativamente com os sujeitos do grupo de controlo que se posicionaram negativamente (-2.73) em relação a esta função discriminante. Assim, pontuações elevadas nas duas dimensões da auto-consciência sexual discriminam significativamente entre indivíduos com

disfunção erétil de etiologia predominantemente psicológica ou combinada de sujeitos sexualmente saudáveis, mas não têm poder discriminativo para diferenciar entre as duas etiologias de disfunção erétil.

Figura 8

*Representação Gráfica das Funções Discriminantes*



*Legenda:*

- - Disfunção Erétil devido a Factores Psicológicos
- - Disfunção Erétil devido a Factores Combinados
- - Grupo de controlo
- - Centróides dos grupos

A função discriminante identificada classificou correctamente 72.6% dos casos. Conforme se pode verificar na Tabela 34, no grupo de etiologia predominantemente psicológica foram correctamente classificados 97.3% dos casos e no grupo de controlo foram correctamente identificados 85% dos casos. Nenhum caso (0%) foi correctamente identificado no grupo de sujeitos com disfunção erétil de etiologia combinada. Estes dados mostram o elevado poder das dimensões da auto-consciência sexual para discriminar entre sujeitos com disfunção erétil independentemente da etiologia de sujeitos sexualmente saudáveis, mas inadequado para discriminar entre sujeitos com disfunção erétil de diferentes etiologias.

Tabela 34

*Classificação dos sujeitos pelos três grupos e funções classificatórias.*

	Grupo predicto		Grupo Controlo	Total
	Grupo Etiologia Psicológica	Grupo Etiologia Combinada		
Grupo Etiologia Psicológica				
<i>n</i> (%)	36 (97.3)	0 (0)	1 (2.7)	37 (100)
Grupo Etiologia Combinada				
<i>n</i> (%)	16 (100)	0 (0)	0 (0)	16 (100)
Grupo Controlo				
<i>n</i> (%)	3 (15)	0 (0)	17 (85)	20 (100)

#### 6.4. Discussão

O objectivo central deste estudo foi o de identificar as dimensões disposicionais (dimensões da personalidade, afecto-traço, auto-consciência sexual e excitação/inibição sexual) mais relevantes na diferenciação entre homens diagnosticados com disfunção erétil associada a factores médicos, homens com disfunção erétil devido a factores psicológicos e sujeitos sexualmente funcionais da população geral. Este estudo tem um carácter inovador ao testar simultaneamente o efeito das referidas variáveis em homens apresentando factores de risco distintos para a etiologia da disfunção erétil e ao considerar a relevância dessas variáveis na manutenção das dificuldades, independentemente da etiologia ou dos factores precipitantes a elas associadas.

A hipótese inicial referente às dimensões globais da personalidade previa que níveis elevados de neuroticismo e baixos de abertura apresentassem um efeito diferenciador entre os sujeitos diagnosticados com disfunção devido a factores psicológicos e homens com disfunção erétil associada a factores médicos, e entre os primeiros e homens sexualmente funcionais. Os resultados da análise discriminante nos três grupos revelaram o elevado poder discriminativo das dimensões da personalidade (elevado neuroticismo e baixa abertura à experiência) entre os dois grupos clínicos e o grupo de controlo, não apresentando, contudo, poder discriminativo entre os grupos com diferentes etiologias associadas à disfunção erétil. Estes dados parecem indicar que a generalidade de homens que experiencia disfunção erétil e que procura ajuda especializada para este tipo de dificuldades tende a apresentar um perfil

de personalidade tipicamente conservador e marcado por uma maior vulnerabilidade a acontecimentos que impliquem um aumento do *stress* percebido. Este padrão típico de personalidade é igualmente caracterizado pela escassez de recursos eficazes na gestão emocional de acontecimentos adversos, o que torna os indivíduos menos resilientes face aos mesmos (McCrae & Costa, 1987).

Embora fosse esperado que as referidas dimensões de personalidade discriminassem entre homens com disfunção erétil associada a diferentes factores de risco (factores médicos vs. factores psicológicos), os resultados apontaram numa direcção oposta. A semelhança encontrada no perfil de personalidade dos sujeitos que compuseram os dois grupos clínicos é sugestiva de que a estrutura de personalidade exerce um papel importante na forma como as dificuldades sexuais, uma vez precipitadas, se vão mantendo e exacerbando ao longo do tempo, podendo, inclusivamente, funcionar como a força impulsionadora para a procura de ajuda especializada. Uma vez verificada a dificuldade em obter ou manter a erecção durante a interacção sexual, seja essa dificuldade motivada pela presença de condições médicas susceptíveis de interferir com a função vascular, factores de ordem psicológica ou relacional, ou ambos, a intensidade da resposta emocional desencadeada (*e.g.*, preocupação, tristeza) e associada a um padrão típico de atribuição interna e estável dos acontecimentos negativos (Nobre & Pinto-Gouveia, 2009; Scepkowski, Wiegel, Bach, Weisberg, Brown, & Barlow, 2004), condicionará o processamento eficaz dos estímulos eróticos necessários para a activação dos mecanismos centrais e periféricos envolvidos na resposta erétil. Como consequência, o nível de excitação sexual do sujeito diminui, a perda da erecção concretiza-se e instala-se a expectativa de repetição do insucesso sexual em situações futuras. A antecipação de uma resposta erétil insuficiente para um novo desempenho sexual e a activação emocional correspondente, conduzem à necessidade em monitorizar a própria resposta sexual em futuras situações sexuais, constituindo o ponto de partida para um novo insucesso. Por outro lado, a rigidificação dos *scripts* sexuais (Gagnon et al., 1982) que guiam a conduta sexual do indivíduo, e também do casal, poderá contribuir para a redução do potencial de excitação em contextos sexuais, ao dificultar a prática de formas alternativas e mais eficazes de estimulação sexual (*e.g.*, estimulação directa do pénis mais prolongada e diversificada). A experiência repetida de insucesso sexual conduzirá a um ciclo vicioso de acontecimentos negativos e de tentativas para controlar o desempenho sexual, contribuindo para a própria manutenção das dificuldades eréteis (Nobre, 2010).

À semelhança da hipótese avançada inicialmente para as dimensões gerais da personalidade, postulou-se que as dimensões do afecto-traço oferecessem capacidade para

diferenciar entre os homens que compuseram os dois grupos clínicos e entre estes e os sujeitos do grupo de controlo. Os resultados mostraram que níveis significativamente mais baixos na dimensão do afecto-traço positivo e elevadas, embora em menor grau, na dimensão do afecto-traço negativo, discriminaram significativamente apenas entre os dois grupos clínicos e o grupo de controlo. Estes dados sugerem a existência de um perfil emocional característico e comum a homens com disfunção erétil e independente dos factores de risco associados às dificuldades. De uma forma geral, os dados avançados por este estudo parecem indicar que do ponto de vista emocional, indivíduos com um histórico de dificuldades erécteis se caracterizam pela diminuição típica de estados afectivos positivos (*e.g.*, interesse, entusiasmo) e também, embora de uma forma menos evidente, por uma tendência para experienciar um leque variado de emoções negativas (*e.g.*, ansiedade, irritabilidade). Estes resultados vão ao encontro dos verificados em estudos anteriores acerca do efeito do afecto-traço nas dificuldades sexuais masculinas em geral (Quinta Gomes & Nobre, 2009) e parecem demonstrar o envolvimento das dimensões disposicionais do afecto nas situações clínicas de disfunção erétil, independentemente dos factores etiológicos de base.

Os resultados obtidos neste estudo ofereceram suporte à hipótese inicial relativa às dimensões de inibição/excitação sexual. Homens com disfunção erétil em geral apresentaram uma maior propensão para a inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho (SIS1), mostrando-se este efeito diferenciador entre grupos clínicos e de controlo, mas não entre sujeitos com diferentes etiologias de disfunção erétil. Estes dados estão em consonância com os pressupostos do modelo do controlo dual e parecem reflectir a existência de um mecanismo de inibição sexual activo em sujeitos com dificuldades erécteis (Bancroft & Janssen, 2000, 2001, Janssen & Bancroft, 2007). Relativamente à dimensão da excitação sexual (SES), a hipótese avançada inicialmente antecipava que esta dimensão se iria constituir como diferenciadora entre os dois grupos clínicos, tendo em conta a evidência preliminar oferecida pelo estudo liderado por Bancroft (2005), que indicou uma tendência para níveis mais baixos de SES em homens com condições médicas associadas às dificuldades erécteis. O facto dos sujeitos do grupo clínico combinado apresentarem valores significativamente mais baixos de SES é compatível com a existência de algum grau de compromisso ao nível dos mecanismos periféricos da resposta erétil, em virtude da presença de factores médicos de risco, conforme verificado pela história clínica dos sujeitos que compuseram este grupo (*e.g.*, inexistência ou alterações significativas na qualidade das erecções nocturnas, matinais e/ou espontâneas, disfunção erétil generalizada). Este aspecto não exclui o potencial efeito interveniente de outro tipo de variáveis de natureza psicológica

no agravamento das dificuldades erécteis motivadas por factores médicos (Bancroft et al., 2005). O facto da capacidade discriminativa do SES não ser muito elevada para diferenciar entre os sujeitos dos grupos clínicos e de controlo pode ficar a dever-se a questões estatísticas (segunda função extraída) e sugere que esta variável é essencialmente relevante na discriminação entre os grupos clínicos (Maroco, 2007). À semelhança do verificado no estudo comparativo anterior (Capítulo 5), a dimensão SIS2 não mostrou ter efeitos significativos na diferenciação dos grupos o que poderá estar relacionado com o facto de esta dimensão traduzir uma ameaça mais situacional, inerente aos contextos sexuais e, por essa razão, menos relevante para as situações clínicas de disfunção erétil, comparativamente à ameaça inerente no SIS1 (Bancroft, 2005).

No seu conjunto, os dados relativos aos mecanismos de inibição/excitação sexual implicados na disfunção erétil mostram que a propensão para a inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho se encontra amplamente implicada nas situações clínicas de disfunção erétil em geral e que a sua associação a uma maior ou menor propensão para a excitação sexual poderá constituir, no mínimo, um indicador informativo acerca dos factores de risco associados às dificuldades.

Finalmente, no que respeita às dimensões da auto-consciência sexual, verificou-se um efeito significativo na capacidade do embaraço e do auto-focus sexual para diferenciar entre os homens que compuseram os grupos clínicos e de controlo, embora estas duas dimensões não tenham apresentado potencial discriminativo entre os dois grupos de disfunção erétil. A tendência para monitorizar a resposta de excitação sexual e para experienciar níveis elevados de desconforto em situações sexuais parece ser, pois, uma característica comum a indivíduos que experienciam dificuldades erécteis (van Lankveld et al., 2008, 2004). As preocupações relativas à possibilidade de um desempenho sexual inadequado (em virtude da consciência aprendida do sujeito de que a diminuição da resposta erétil é espectável) podem estar na base da propensão para níveis elevados de auto-consciência sexual e interferir de forma negativa com o processamento dos estímulos eróticos e das sensações de prazer inerentes à actividade sexual, reduzindo, consequentemente, a resposta erétil.

De uma forma geral, os resultados obtidos neste estudo mostram que variáveis disposicionais de natureza psicológica se constituem como importantes factores de risco para o desenvolvimento e a manutenção de dificuldades erécteis associadas a diferentes factores etiológicos. O reconhecimento da influência destas variáveis no curso da disfunção erétil remete para a necessidade de as incluir, de uma forma mais sistematizada, nos protocolos de avaliação e de intervenção terapêutica actualmente disponíveis para este quadro clínico. É um

facto que a utilização dos PDE-5 continuará a ser o tratamento de primeira linha na disfunção erétil nos anos vindouros, por permitir uma resposta rápida, segura e relativamente eficaz no restabelecimento da erecção, na maioria das situações clínicas. Muito embora a sua utilização possa ser especialmente eficaz na diminuição do efeito dos mecanismos de inibição sexual e na facilitação da resposta erétil, existem outras especificidades associadas à disfunção erétil, menos dependentes de aspectos fisiológicos, mas interagindo com eles, que importa considerar. Por esta razão, as recomendações feitas para a abordagem ao tratamento da disfunção erétil (*e.g.*, Lue et al., 2004) têm privilegiado o recurso a modelos de intervenção integrados que combinem a utilização de agentes farmacológicos e modalidades psicoterapêuticas, com vista ao restabelecimento do prazer e da satisfação sexual no homem e no casal, e que têm mostrado ser a estratégia de tratamento mais eficaz na disfunção erétil (Aubin et al., 2009; Banner & Anderson, 2007; Gruen et al., 2006; Lue et al., 2004; Phelps et al., 2004).

Embora os resultados deste estudo se revistam de interesse empírico e clínico, algumas limitações devem ser apontadas e tidas em consideração na interpretação dos dados. Do ponto de vista da constituição das amostras, não obstante a tentativa em equilibrar os grupos quanto ao número de participantes e das características sócio-demográficas, persistiu alguma desigualdade entre os grupos que poderá ter influenciado alguns resultados. Por exemplo, o facto das funções discriminantes identificadas apresentarem taxas de classificação manifestamente baixas no grupo clínico combinado, em todas as dimensões avaliadas, poderá reflectir um constrangimento amostral na medida em que este grupo foi constituído por um número significativamente inferior de casos comparativamente aos restantes. Embora a análise discriminante seja uma técnica estatística particularmente robusta, existe uma probabilidade acrescida na classificação dos casos no grupo que apresenta maior dispersão na matriz das covariâncias (Tabachnick & Fidell, 2007). O facto das classificações dos sujeitos que compuseram o grupo clínico combinado terem ocorrido invariavelmente no grupo com um maior número de casos (grupo clínico devido a factores psicológicos), parece reflectir esta situação. Esta limitação poderá ser contornada em estudos futuros pelo recurso a amostras emparelhadas e com uma composição de número de casos mais equilibrada. Uma outra limitação deste estudo prende-se com a desvantagem inerente aos estudos com desenhos transversais e diz respeito à direcção da causalidade na relação entre as dimensões avaliadas. Embora do ponto de vista conceptual, as variáveis utilizadas neste estudo sejam de natureza disposicional, é possível que elas reflectam, em algum grau, a manifestação das dificuldades actuais. Apenas a realização de estudos prospectivos ou de cariz experimental

poderá oferecer uma resposta acerca da direcção da causalidade entre as variáveis envolvidas. Por fim, a utilização exclusiva de medidas de auto-resposta que assentam na avaliação subjectiva dos indivíduos acerca do seu funcionamento global e sexual, poderá originar enviesamentos significativos ao nível das respostas dos sujeitos. O recurso combinado a instrumentos de auto-resposta e outras metodologias de avaliação (*e.g.*, entrevistas estruturadas) poderá ser uma forma de contornar esta limitação no futuro.

Este estudo mostrou que variáveis disposicionais de cariz psicológico exercem uma influência considerável ao nível das situações clínicas de disfunção erétil, independentemente dos factores etiológicos associados. Esperamos que este seja o ponto de partida para a realização de outros estudos destinados a clarificar o papel destas, e de outras, variáveis psicológicas neste tipo de problemática sexual, e a elucidar acerca da relação/interacção entre factores médicos e psicológicos na determinação da disfunção erétil.



## Capítulo 7

---

### *Discussão Geral*



## Capítulo 7

### Discussão Geral

Num momento em que a ciência médica regista os avanços mais notáveis no conhecimento dos mecanismos fisiológicos envolvidos na resposta sexual masculina, ao mesmo tempo que coloca ao dispor do homem soluções terapêuticas cada vez mais eficazes na correcção das problemáticas associadas à perda da função erétil, o estudo dos factores psicológicos susceptíveis de interagir com os mecanismos biológicos no desenvolvimento e manutenção da disfunção erétil, não apenas se impõe, como ganha especial relevo. O reconhecimento da complexidade e multidimensionalidade inerentes à resposta de excitação sexual masculina tem renunciado às conceptualizações mais clássicas, e também às organicistas, das problemáticas em torno da esfera sexual em geral, e sublinhado a coexistência de factores de natureza psicológica e médica na maioria das situações clínicas de disfunção erétil, sem descurar a moldura social e cultural do indivíduo que lhes serve de palco. A leitura biopsicossocial dos aspectos associados à sexualidade masculina tem sido, pois, amplamente reconhecida no seio da comunidade científica enquanto lente com o melhor alcance para dar conta das complexidades inerentes à resposta e ao funcionamento sexual (*e.g.*, Althof et al., 2005; Basson et al., 1998; Lue et al., 2004).

O trabalho apresentado ao longo dos capítulos que compõem esta dissertação procurou contribuir para uma leitura mais abrangente e integrada dos mecanismos envolvidos na disfunção erétil. Para além da componente biológica, reconhecidamente implicada no funcionamento erétil, procurou-se conhecer, em pormenor, a influência de um conjunto de variáveis de natureza disposicional, passíveis de se constituírem como factores de risco psicológico para o desenvolvimento e manutenção da disfunção erétil, e cujo efeito ainda se encontrava por estabelecer na literatura empírica. De um modo geral, o conjunto dos resultados obtidos nos estudos apresentados sugere a relevância das variáveis disposicionais gerais (dimensões da personalidade, afecto-traço) e específicas do comportamento sexual (auto-consciência sexual, excitação/inibição sexual), no funcionamento erétil de homens sexualmente funcionais da comunidade e também em homens diagnosticados com disfunção erétil. Adicionalmente, a constatação do envolvimento das referidas variáveis nas situações clínicas de disfunção erétil associada a factores de risco médico oferece uma nova perspectiva acerca da conceptualização deste quadro clínico, ao demonstrar empiricamente que aspectos individuais de natureza psicológica são susceptíveis de interagir com factores de ordem médica na manutenção das dificuldades érrecteis. Estes dados constituem, também, um

argumento adicional para a utilização das intervenções psicoterapêuticas na disfunção erétil, numa base mais consistente e estruturada, e paralela às abordagens médicas. Consideramos, por isso, que as linhas de investigação traçadas no âmbito deste trabalho se revestem de importante interesse científico e de utilidade clínica ao abrir caminho, por um lado, para a realização de estudos futuros acerca das variáveis de interesse e, por outro, no reconhecimento da importância da inclusão das mesmas nos protocolos de intervenção terapêutica vindouros para a disfunção erétil.

O estudo preliminar que visou a adaptação das versões Portuguesas da *Escala de Auto-Consciência Sexual (SSCS)* e das *Escalas de Inibição e Excitação Sexual (SIS/SES)* inaugurou o conjunto de trabalhos apresentados. Os resultados mostraram que ambos os instrumentos de avaliação reuniram validade e rigor psicométricos na sua aplicação à população Portuguesa. Este foi o ponto de partida para a avaliação da auto-consciência sexual (SSCS) e dos mecanismos de inibição/excitação sexual (SIS/SES), variáveis específicas do comportamento sexual e centrais no âmbito deste trabalho, com rigor e confiança, na sua aplicação a amostras Portuguesas e também na interpretação dos dados.

Tendo como pano de fundo o modelo dos cinco factores (Costa & McCrae, 1992) no estudo da relação entre a personalidade e a disfunção erétil, verificou-se que os sujeitos com este quadro clínico apresentaram um perfil caracterizado por níveis elevados de neuroticismo e baixos de abertura à experiência, comparativamente aos sujeitos sexualmente funcionais. Estes resultados sugeriram que uma estrutura de personalidade tipicamente conservadora e vulnerável a acontecimentos indutores de *stress*, pode ter, naturalmente, implicações na forma como os sujeitos vivenciam as suas dificuldades sexuais (*e.g.*, falha sexual) e também como as gerem emocional e comportamentalmente, uma vez instaladas (McCrae & Costa, 1987). A activação dos recursos de *coping* necessários para uma gestão adequada das dificuldades em geral, e da problemática sexual em particular, será tanto menos eficaz quanto maior for a rigidificação do comportamento do sujeito perante as dificuldades, e quanto menor for o seu repertório de estratégias para a resolução de problemas (McCrae & Costa, 1987). O facto de apenas a dimensão da amabilidade se ter aproximado da significância estatística na amostra universitária é sugestiva de que a orientação interpessoal pode ter um peso importante na facilitação de encontros sexuais e, conseqüentemente, de uma boa resposta sexual, em sujeitos sexualmente saudáveis.

Quanto às dimensões disposicionais do afecto, conforme conceptualizadas no modelo circular proposto por Watson e Tellegen (1985), verificou-se que o perfil emocional típico dos sujeitos apresentando disfunção erétil se caracteriza pela propensão para experiências

emocionais negativas e, sobretudo, pela predisposição para a diminuição generalizada de emoções positivas e de bem-estar. Os dados encontrados neste estudo estão em consonância com estudos preliminares anteriores conduzidos em homens com disfunção sexual (Quinta Gomes & Nobre, 2009) e sublinham o envolvimento das dimensões disposicionais do afecto também ao nível da resposta de excitação sexual masculina. A evidência obtida no conjunto dos estudos realizados com a amostra estudantil e as amostras clínicas sugere que a diminuição marcada de emoções típicas do afecto positivo é mais característica das situações associadas a dificuldades erécteis, independentemente da etiologia, contrariamente ao que se verifica para o funcionamento eréctil em geral, cuja propensão para estados emocionais negativos parece assumir, de facto, maior relevância.

Na sequência do que foi exposto, os resultados obtidos relativamente ao conjunto das dimensões disposicionais gerais avaliadas (personalidade e afecto) sugerem que um funcionamento global marcado por uma maior susceptibilidade a acontecimentos indutores de *stress*, conservadorismo, propensão para a diminuição de estados afectivos positivos e a presença de afectos negativos, concorre para uma maior vulnerabilidade e para a recorrência de dificuldades sexuais, precipitadas por factores de ordem médica ou psicológica. Embora estas características possam constituir, em algum momento, o veículo para a procura de ajuda especializada para as dificuldades, elas actuam como importantes factores de manutenção das mesmas, ao intensificarem a percepção de incapacidade para lidar com o insucesso sexual e contribuírem para a rigidificação do comportamento (*e.g.*, relutância em ajustar os *scripts* sexuais, dificuldade de adaptação à situação de doença crónica). Por esta razão, uma abordagem psicoterapêutica direccionada aos aspectos singulares do funcionamento cognitivo, comportamental e emocional dos sujeitos, que fomente a expansão do rol de competências sexuais e de resolução de problemas do sujeito, facilitará um funcionamento global mais adaptativo e promoverá o sentimento generalizado de bem-estar sexual do homem e também da sua parceira. Uma vez que estas características gerais da personalidade tendem a evidenciar-se (ou pelo menos a ter um maior impacto) no contexto de dinâmicas interpessoais significativas, e muitas vezes reforçadas por elas, a intervenção terapêutica deverá, idealmente, envolver activamente os dois parceiros sexuais (Althof et al., 2005; Basson et al., 1998).

Uma questão levantada no âmbito dos estudos acerca da relação entre as dimensões gerais da personalidade e a disfunção eréctil, e à qual este trabalho não oferece resposta, prende-se com a dificuldade em estabelecer em que medida o perfil de personalidade evidenciado pelos homens com disfunção eréctil nas nossas amostras (*e.g.*, elevado

neuroticismo) é representativo do perfil da generalidade dos homens que experienciam dificuldades erécteis recorrentes, ou apenas reflecte as características daqueles que procuram ajuda especializada. Partindo do pressuposto que existe uma grande variabilidade entre os homens da população geral no que se refere ao modo como integram os desafios inerentes ao ciclo de vida (*e.g.*, tarefas desenvolvimentais, gestão de acontecimentos indutores de *stress*, envelhecimento) e conduzem as adaptações necessárias aos mesmos, inclinamo-nos mais para a segunda hipótese. Não obstante, esta questão empírica, que é transversal ao conjunto das variáveis avaliadas neste estudo, poderá encontrar resposta numa análise comparativa futura entre homens diagnosticados com disfunção erétil recrutados em unidades especializadas de Urologia e Sexologia, e homens da população geral com queixas erécteis e que preenchem igualmente os critérios de diagnóstico para disfunção erétil (APA, 2000).

Para além das dimensões disposicionais gerais avaliadas no conjunto dos estudos realizados, procurou-se conhecer o efeito de algumas variáveis mais específicas do comportamento sexual (auto-consciência sexual e excitação/inibição sexual), e referidas na literatura como importantes factores de vulnerabilidade para as dificuldades sexuais (Bancroft & Janssen, 2000; van Lankveld et al., 2008, 2004).

Embora o modelo do controlo dual seja inovador na forma como conceptualiza a resposta de excitação sexual masculina (Bancroft & Janssen, 2000), a sua aplicação à disfunção erétil não tem merecido muita atenção da literatura desde o estudo preliminar realizado por Bancroft e colaboradores (2005). Ao incluir os mecanismos de substrato neurofisiológico de inibição/excitação sexual no presente trabalho, pretendeu-se colmatar esta lacuna empírica. A generalidade dos estudos realizados ofereceu suporte empírico para a relevância da inibição sexual devida à ameaça na falha do desempenho, traduzida no SIS1, no funcionamento erétil de homens com e sem disfunção erétil. Esta dimensão constituiu-se como uma das mais significativas (efeito negativo) em predizer o funcionamento erétil em jovens universitários e na discriminação entre homens com disfunção erétil (independentemente dos factores de risco associados à etiologia) e sujeitos sexualmente funcionais. A percepção de ameaça acerca da possibilidade de um desempenho inadequado em contextos sexuais parece, pois, reflectir uma preocupação comum a homens com e sem dificuldades sexuais, e também em homens com disfunção erétil associada a diferentes etiologias. Se, por um lado, o SIS1 parece reflectir, conforme argumentado, preocupações típicas (e funcionais, até um certo ponto) relacionadas com a performance sexual motivadas pela inexperiência sexual, conforme retratado nos dados da amostra universitária, por outro, ela parece traduzir a activação de um tónus inibitório em sujeitos com disfunção erétil, ou

resultar da experiência aprendida desses sujeitos de que a sua resposta de excitação sexual é inconsistente nessas situações. De uma forma ou de outra, níveis elevados de inibição sexual em contextos sexuais condicionam a resposta de excitação ao intensificar a ansiedade de desempenho e conduzem, conseqüentemente, a um desempenho sexual mais pobre e ineficaz. Conforme foi sendo argumentado ao longo dos estudos, os condicionalismos de natureza cultural e social, como por exemplo, o conjunto de crenças veiculadas acerca do desempenho e satisfação sexual (*e.g.*, Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a), podem desempenhar igualmente um papel importante na forma como a inibição sexual se expressa e facilitar a sua activação em contextos sexuais.

Embora os mecanismos de excitação sexual (SES) não tenham discriminado significativamente os grupos nos estudos comparativos envolvendo sujeitos funcionais e homens diagnosticados com disfunção erétil devido a factores psicológicos, verificou-se um efeito revelador da sua capacidade para diferenciar entre sujeitos com disfunção erétil associada a diferentes factores de risco (*i.e.*, homens com disfunção erétil devido a factores psicológicos e homens com disfunção erétil combinada). Conforme demonstrado no estudo levado a cabo com grupos clínicos de diferentes etiologias, homens com factores de risco médicos associados às dificuldades e que apresentaram evidência compatível com um eventual compromisso nos mecanismos periféricos da resposta erétil (*e.g.*, inexistência ou alterações significativas na qualidade das erecções nocturnas, matinais e/ou espontâneas, disfunção erétil generalizada), apresentaram uma menor propensão para o SES, comparativamente aos homens cuja informação clínica apontava para a integridade dos mesmos (*i. e.*, homens com disfunção erétil devido a factores psicológicos). Estes dados sugerem o potencial informativo do SES acerca da integridade do sistema vascular em homens com e sem disfunção erétil e vão ao encontro da evidência encontrada em estudos preliminares anteriores (Bancroft et al., 2005). Adicionalmente, a relevância do SES para a resposta de excitação sexual é-nos dada pelos dados da amostra universitária, ao destacar o seu efeito preditivo significativo (positivo) no funcionamento erétil de jovens sexualmente saudáveis (Janssen et al., 2002a).

Finalmente, em consonância com estudos anteriores (Bancroft et al., 2005), a dimensão do SIS2 aparentou estar pouco implicada no funcionamento erétil em geral. Conforme argumentado anteriormente, este facto pode ficar a dever-se ao tipo de ameaça inerente a esta dimensão e que parece assumir maior relevância ao nível dos comportamentos sexuais de risco, conforme tem vindo a ser sugerido na literatura (Bancroft et al., 2003, 2004).

O conjunto dos dados apresentados relativamente ao modelo do controlo dual oferece suporte empírico à sua aplicação à disfunção erétil. Os resultados salientaram a importância da propensão para a excitação sexual e da inibição sexual devido à ameaça na falha do desempenho no funcionamento erétil em geral, e na disfunção erétil em particular, e apontaram para o facto de estes mecanismos se poderem constituir como importantes factores de risco para o desenvolvimento e a manutenção das dificuldades erécteis.

Do ponto de vista clínico, estes resultados vêm reforçar a importância do tratamento holístico da disfunção erétil, há muito preconizado (*e.g.*, Althof et al., 2005; Basson et al., 1998; Lue et al., 2004). O recurso a agentes farmacológicos (*e.g.*, PDE-5, fentolamina) nas situações em que se verifica uma elevação do SIS1, associada ou não a uma diminuição do SES, pode ser particularmente eficaz na diminuição do tónus de inibição e na facilitação da resposta erétil em homens com disfunção erétil (Bancroft & Janssen, 2000). A sua utilização, combinada com uma modalidade psicoterapêutica orientada para o restabelecimento do prazer e da satisfação sexual do homem e da sua parceira (*e.g.*, diminuição da ansiedade de desempenho, aumento do foco no prazer sexual), constitui-se como a estratégia terapêutica mais indicada na abordagem da disfunção erétil associada a factores de risco psicológicos e/ou médicos.

Por fim, uma outra questão à qual se procurou responder com a realização do presente trabalho prendeu-se com o efeito da auto-consciência sexual no funcionamento erétil. O conjunto dos estudos apresentados mostrou que esta dimensão se constituiu como importante, e a ter em conta, na abordagem do doente com queixas de disfunção erétil. Homens com disfunção erétil associada a diferentes factores de risco evidenciaram uma maior propensão para a monitorização da resposta de excitação sexual em situações sexuais e também para níveis elevados de desconforto e embaraço experienciados nesses contextos, comparativamente aos sujeitos sexualmente funcionais. Estes dados vão ao encontro dos referenciados em estudos anteriores (van Lankveld et al., 2008, 2004) e dão conta da propensão para determinados mecanismos atencionais em homens com disfunção erétil, relacionados com o receio de um desempenho sexual inadequado, e hipoteticamente associados ao SIS1 (van Lankveld et al., 2008). A tendência para níveis elevados de auto-focus e embaraço sexual, em virtude das referidas preocupações, tem um impacto negativo ao nível da resposta sexual (funcional e disfuncional), ao desviar a atenção do indivíduo dos estímulos eróticos e das sensações de prazer da actividade sexual. Por esta razão, algumas das técnicas terapêuticas utilizadas no âmbito da terapia sexual (*e.g.*, focos sensoriais, redireccionamento da atenção para o prazer) poderão revelar-se de elevado valor terapêutico



no tratamento da disfunção erétil, ao permitir simultaneamente a diminuição da ansiedade de desempenho e a valorização do contacto erótico sensual no casal (Masters & Johnson, 1970).

No seu conjunto, os resultados obtidos neste estudo demonstraram que características globais da personalidade (neuroticismo, abertura à experiência e dimensões do afecto-traço) são susceptíveis de interagir com dimensões mais específicas do funcionamento sexual (propensão para a inibição/excitação sexual e auto-consciência sexual) no desenvolvimento e manutenção da disfunção erétil associada a diferentes factores etiológicos. Para além destes dados oferecerem suporte empírico a alguns pressupostos teóricos (Bancroft & Janssen, 2000; Nobre, *in* Soares & Nobre, 2012; van Lankveld et al., 2008) e servirem para a consolidação de conhecimentos científicos acerca da resposta de excitação sexual masculina, também oferecem um contributo para a conceptualização mais alargada e compreensiva dos factores de risco psicológico associados à disfunção erétil. À semelhança do que foi sendo exposto ao longo dos estudos apresentados, acreditamos que estes resultados se poderão traduzir em implicações significativas para a prática clínica, nomeadamente ao nível do tratamento integrado da disfunção erétil e na promoção da saúde sexual masculina e conjugal.

Apesar das limitações enumeradas e inerentes a este trabalho (*e.g.*, direcção da causalidade na relação entre as dimensões avaliadas e disfunção erétil; interveniência de variáveis que não foram alvo de avaliação neste estudo, especialmente as de natureza relacional; enviesamentos decorrentes da utilização de medidas de auto-resposta; constrangimentos amostrais e estatísticos), esperamos que o conjunto dos estudos apresentados se constitua o ponto de partida para a realização de novas investigações acerca dos factores de risco psicológico associados à disfunção erétil e estimule o interesse acerca dos mecanismos disposicionais envolvidos na resposta de excitação sexual masculina. Apenas desta forma estaremos em condições de dotar os profissionais de saúde de conhecimentos científicos e das ferramentas necessárias para uma intervenção mais eficaz naquele que é já considerado um problema de saúde pública na actualidade, no sentido de promover a vivência de uma sexualidade saudável e gratificante no homem e no casal.



## Bibliografia

---



## Bibliografia

- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., & Abrahamson, L. S. (1989). Differential effects of performance demand and distraction on sexually functional and dysfunctional males. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 241-247.
- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Beck, J. G., Sakheim, D. K., & Kelly, J. P. (1985). The effects of attentional focus and partner responsiveness on sexual responding: Replication and extension. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 361-371.
- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., Beck, J. G., & Athanasiou, R. (1985). Effects of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Therapy*, 16, 503-515.
- Althof, S. (2002). When an erection alone is not enough: Biopsychosocial obstacles to lovemaking. *International Journal of Impotence Research*, 14, 99-104.
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 793-800.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> Ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- Araujo, A., Durante, R., Feldman, H., Goldstein, I., & McKinlay, J. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 458-465.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2001). A theoretical basis for the major dimensions of personality. *European Journal of Personality*, 15, 327-353.
- Aubin, S., Heiman, J. R., Berger, R. E., Murallo, A. V., & Yung-Wen, L. (2009). Comparing sildenafil alone vs. sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: A pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35, 122-143.
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 763-784.

- Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E., Goodrich, D., & Scott Long, J. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 285-297.
- Bancroft, J., & Coles, L. (1976). Three years' experience in a sexual problem clinic. *British Medical Journal*, 1, 1575-1577.
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E., & Sanders, S. A. (2009). The dual control model: Current status and future directions. *Journal of Sex Research*, 46, 121-142.
- Bancroft, J., Herbenick, D., Barnes, T., Hallam-Jones, R., Wylie, K., Janssen, E., et al. (2005). The relevance of the dual control model to male sexual dysfunction: The Kinsey Institute/BASRT collaborative project. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 13-30.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 571-579.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2001). Psychogenic erectile dysfunction in the era of pharmacotherapy: A theoretical approach. In J. Mulcahy (Ed.). *Male sexual function: A guide to clinical management*. Totowa, NJ: Humana Press, 79-89.
- Bancroft, J., Janssen, E., Carnes, L., Goodrich, D., Strong, D., & Long, J. S. (2004). Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Journal of Sex Research*, 41, 181-192.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, J. S. (2003). Sexual risk-taking in gay men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 555-572.
- Bancroft, J., & Mathews, A. M. (1971). Autonomic correlates of penile erection. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 159-167.
- Banner, L., & Anderson, R. (2007). Integrated sildenafil behavior sex therapy for psychogenic erectile dysfunction: A pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1117-25.

- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Beck, J. G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 49-54.
- Barnes, G. E., Malamuth, N. M., & Check, J. V. P. (1984). Personality and sexuality. *Personality and Individual Differences*, 5, 159-172.
- Basson, R., et al., (1998). Integrating new biomedical treatments into the assessment and management of erectile dysfunction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 73, 213-229.
- Beck, J. (1996). Cognitive therapy of personality disorders. In P. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 165-181). New York: The Guilford Press.
- Beck, J. G., & Barlow, D. H. (1986a). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding-I: Physiological patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 9-17.
- Beck, J. G., & Barlow, D. H. (1986b). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding-II: Cognitive and affective patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 19-26.
- Beck, J. G., Barlow, D. H., & Sakheim, D. K. (1982). Sexual arousal and suppression patterns in functional and dysfunctional men. *In Actas Annual Meeting of APA*, Washington, DC.
- Beck, J. G., Barlow, D. H., & Sakheim, D. K. (1983). The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 1-8.
- Beck, J. G., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1984). A cognitive processing account of anxiety and sexual arousal: The role of selective attention, thought content, and affective states. *In Actas Annual Meeting of APA*, Toronto.

- Beck, J. G., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Abrahamson, D. J. (1987). Shock threat and sexual arousal: The role of selective attention, thought content, and affective states. *Psychophysiology*, 24, 165-172.
- Bentler, P. M., & Peeler, W. H. (1979). Models of female orgasm. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 405-423.
- Beutler, L. E., Karacan, I., Anch, A. M., Sails, P. J., Scott, F. B., & Williams, R. L. (1975). MMPI and MIT discriminators of biogenic and psychogenic impotence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 899-903.
- Bhui, K., Herriot, P., Dein, S., & Watson, J. P. (1994). Asians presenting to a sex and marital therapy clinic. *International Journal of Social Psychiatry*, 40, 194-204.
- Bienvendu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the Five-Factor Model of Personality: A higher and lower order personality trait investigation in a community sample. *Depression and Anxiety*, 20, 92-97.
- Bradbury, T. N., & Fincham, F. D. (1988). Individual difference variables in close relationships: A contextual model of marriage as an integrative framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 713-721.
- Brown, T., Chorpita, B., Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Byrne, D., & Schulte, L. (1990). Personality dispositions as mediators of sexual responses. In J. Bancroft (Ed.). *Annual Review of Sex Research*, 1, 93-117.
- Camic, P. M. (1983). Differentiating organic and psychogenic erectile dysfunction with the Millon Behavioral Health Inventory, *Sexuality and Disability*, 11, 145-149.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109. Braga: APPORT/SHO.



- Cappelleri, J. C., Rosen, R. C., Smith, M. D., Mishra, A., & Osterloh, I. H. (1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology*, 54, 346-51.
- Carpenter, D., Janssen, E., Graham, C., Vorst, H., & Wicherts, J. (2008). Women's scores on the Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales (SIS/SES): Gender similarities and differences. *Journal of Sex Research*, 45, 36-48.
- Carson, C. C., & Dean, J. D. (2007). *Management of erectile dysfunction in clinical practice*. London: Springer.
- Carvalho, A. A., Pereira, N. M., Maroco, J., & Forjaz, V. (2012). Dropout in the treatment of erectile dysfunction with PDE5: A study on predictors and a qualitative analysis of reasons for discontinuation. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2361-2369.
- Carvalho, J. (2011). *Factores de vulnerabilidade para a agressão sexual*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Predictors of men's sexual desire: The role of psychological, cognitive-emotional, relational, and medical factors. *The Journal of Sex Research*, 47, 1-9.
- Caspari, D., Huebgen, E. M., & Derouet, H. (1999). Interdisciplinary assessment and follow-up of patients with erectile dysfunction- psychiatric aspects. *International Journal of Impotence Research*, 11, 213-217.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2010). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121-32.
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Consensus Development Conference Statement, National Institutes of Health Impotence 1992 (1993). *International Journal of Impotence Research*, 5, 181-284.
- Costa, P. T., Fagan, P. J., Piedmont, R. L., Ponticas, Y., & Wise, T. N. (1992). The five-factor model of personality and sexual functioning in outpatient men and women. *Psychiatric Medicine*, 10, 199-215.

- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Cranston-Cuebas, M. A., & Barlow, D. H. (1990). Cognitive and affective contributions to sexual functioning. *Annual Review of Sex Research*, 1, 119-161.
- Cranston-Cuebas, M. A., Williams, D. M., Mitchell, W., Barlow, D. H., & Jones, J. C. (1989). Effects of sensate focus and neutral distraction on male sexual arousal. In *Actas Association for the Advancement of Behavior Therapy*, Washington, DC.
- De Raad, B., Perugini, M., Hrebickova, M., & Szarota, P. (1998). Lingua franca of personality: Taxonomies and structures based on the psycholexical approach. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29, 212-232.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring, and Procedures Manual* (4th Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., Lipman, P. S., & Covi L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual – I*, Baltimore, Clinical Psychometric Research.
- DiBartolo, P. M., & Barlow D. H. (1996). Perfectionism, marital satisfaction, and contributing factors to sexual dysfunction in men with erectile disorder and their spouses. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 581-588.
- Ducharme, S. (2004). Psychologic factors modulating erectile function. *Sexuality and Disability*, 22, 171-175.
- Eysenck, H. J. (1971). Hysterical personality and sexual adjustment, attitudes and behavior. *Journal of Sex Research*, 7, 274-281.
- Eysenck, H. J. (1976). *Sex and personality*. London: Temple Smith.

- Fagan, P. J., Wise, T. N., Schmidt, C. W., Ponticas, Y., Marshall, R. D. , & Costa, P. T. (1991). A comparison of five-factor personality dimensions in males with sexual dysfunction and males with paraphilia. *Journal of Personality Assessment*, 57, 434-48.
- Farkas, G. M., Sine, L. E, & Evans, I. M. (1979). The effects of distraction, performance demand, stimulus explicitness and personality on objective and subjective measures of male sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 25-32.
- Farley, F. H., Nelson, J. G., Knight, W. G., & Garcia-Colberg, E. (1977). Sex, politics, and personality: A multidimensional study of college students. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 105-119.
- Feldman, H. A., Goldstein, .I, Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3<sup>rd</sup> Ed.). London: Sage Publications.
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Fonseca, L., Figueiredo, M., & Nobre, P. (2003). As terapias sexuais: Novos desenvolvimentos das abordagens psicológicas. In Fonseca, L., Soares, C., & Machado Vaz, J. (Eds.). *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 291-358). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fugl-Meyer, A. R., & Sjögren Fugl-Meyer, K. S. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 2, 79-105.
- Furnham, A., & Crump, J. (2005). Personality traits, types, and disorders: An examination of the relationship between three self-report measures. *European Journal of Personality*, 19, 167-184.
- Gagnon, J. H., Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1982). Cognitive and social aspects of sexual dysfunction: Sexual scripts in sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 44-56.

- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2, 209-218.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). Contribuição para o estudo da versão Portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219-227.
- Geer, J., & Fuhr, R. (1976). Cognitive factors in sexual arousal: The role of distraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 238-243.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2000). The Big Five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14, 311-323.
- Goldfarb, L., Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Plante, T., (1988). Attitudes toward sex, arousal, and the retention of contraceptive information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 634-641.
- Goldstein, I. (2004). Diagnosis of Erectile Dysfunction. *Sexuality and Disability*, 22, 121-130.
- Gomes, F. A., Fonseca, L., & Gomes, A. A. (1997). Comorbilidade psiquiátrica nas disfunções sexuais. *Acta Portuguesa de Sexologia*, 1, 17-20.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Graham, C. A., Sanders, S. A., & Milhausen, R. R. (2006). The Sexual Excitation and Sexual Inhibition Inventory for Women: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 397-410.
- Gruen, I., Shenfeld, D., & Chen, J. (2006). Positive effects of counseling and close adjustment in patients with erectile dysfunction who failed treatment with sildenafil. *European Urology*, 50, 134-140.
- Hamaker, E. L., Nesselroade, J. R., & Molenaar, P. C. M. (2007). The integrated trait-stait model. *Journal of Research in Personality*, 295-315.

- Harris, R, Yulis, S., & Lacoste, D. (1980). Relationships among sexual arousability, imagery ability, and introversion-extraversion. *Journal of Sex Research*, 16, 72-86.
- Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Sexual dysfunctions: Classifications and definitions. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 241–250.
- Hawton, K. (1982). The behavioral treatment of sexual dysfunction. *British journal of psychiatry*, 140, 94-101.
- Hayes, R. D. (2008). Assessing female sexual dysfunction in epidemiological studies: Why is it necessary to measure both low sexual function and sexually-related distress? *Sexual Health*, 5, 215-218.
- Heaven, P. C. L., Fitzpatrick, J., Craig, F. L., Kelly, P., & Sebar, G. (2000). Five personality factors and sex: Preliminary findings. *Personality and Individual Differences*, 28, 1133-1141.
- Heiman, J. R., & Rowland, D. L. (1983). Affective and physiological sexual response patterns: The effects of instructions on sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 105-116.
- Henson, D. R., & Rubin, H. B. (1971). Voluntary control of eroticism. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 4, 37-44.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2.<sup>a</sup> Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hoon, P., Wincze, J. P., & Hoon, E. F. (1977). A test of reciprocal inhibition: Are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory? *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 65-74.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Model*. 6, 1-55.
- Jankowsky, D. S., Morter S., & Tancer, M. (2000). Over-representation of Myers Briggs Type Indicator introversion in social phobia patients. *Depression and Anxiety Journal*, 11, 121-125.

- Jannini, E. A., McCabe, M. P., Salonia, A., Montorsi, F., & Sachs, B. D. (2010). Organic vs. psychogenic? The Manichean diagnosis in sexual medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 1726-1733.
- Janssen, E. & Bancroft, J. (2007). The dual control model: The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. In E. Janssen (Ed.). *The psychophysiology of sex* (pp. 197–222). Bloomington: Indiana University Press.
- Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: Toward an information processing model of sexual arousal. *Journal of Sex Research*, 37, 8-23.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002a). The sexual inhibition (SIS) and sexual excitation (SES) scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *The Journal of Sex Research*, 39, 114–126.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P. & Bancroft, J. (2002b). The sexual inhibition (SIS) and sexual excitation (SES) scales: II. Predicting psychophysiological response patterns. *The Journal of Sex Research*, 39, 127–132.
- Jefferson, T. W., Glaros, A., Spevack, M., Boaz, T. L., & Murray, F. T. (1989). An evaluation of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory as a discriminator of primary organic and primary psychogenic impotence in diabetic males. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 117-126.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). *The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives*. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.). *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). New York: Guilford Press.
- Joiner, T. E. (1996). A confirmatory factor-analytic investigation of the tripartite model of depression and anxiety in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 20:521-539.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kennedy, S. H., Dickens, S. E., Eisfeld, B. S., & Bagby, R. M. (1999). Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 56, 201-208.

- Kline, P. (1998). *The new psychometrics. Science, psychology and measurement*. London & New York: Routledge.
- Koukounas, E., & McCabe, M. P. (2001). Sexual and emotional variables influencing sexual response to erotica: A psychophysiological investigation. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 393-408.
- Lange, J. D., Wincze, J. P., Zwick, W., Feldman, S., & Hughes, P. (1981). Effects of demand for performance, self-monitoring of arousal, and increased sympathetic nervous system activity on male erectile response. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 443-463.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Laws, D. R. & Rubin, H. B. (1969). Instructional control of an autonomic response. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 2, 93-99.
- Levenson, H., Olkin, R., Herzoff, N., & Delancy, M. (1986). MMPI evaluation of erectile dysfunction: Failure of organic vs. psychogenic decision rules. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 752-754.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., Martin Morales, A. (2004). Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. In T. F. Lue, R. Basson, R. Rosen, F. Giuliano, S. Khoury, & F. Montorsi (Eds.). *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women* (pp. 37-72). Paris: Health Publications.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/Risk factors of sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 1, 35-39.
- Lima, M. P. (1997). *NEO-PI-R: Contextos teóricos e psicométricos "OCEAN" ou "Iceberg"?*, Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.



- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 2, 171-179.
- Lue, T. F., Giuliano, F., Montorsi, F., Rosen, R. C., Andersson, K. E., Althof, S., Christ, G., Hatzichristou, D., Hirsch, M., Kimoto, Y., Lewis, R., McKenna, K., Macmahon, C., Morales, A., Mulcahy, J., Nathan, P. H., Pryor, J., Tejada, I. S., Shabsigh, R., Wagner, G. (2004). Summary of recommendations on sexual dysfunctions in men. *The Journal of Sexual Medicine*, 1, 6-23.
- Lynam, D.R., & Widiger, T.A. (2001). Using the five factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 401-412.
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Pedroso-Lima, M. *Psychological test and assessment modeling NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory. A Portuguese adaptation of the 60 item instrument*. Manuscrito submetido para publicação.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the Five-Factor Model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª. Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marshall, P., Surridge, D., Delva, N. (1980). Differentiation of organic and psychogenic impotence on the basis of MMPI decision rules. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 407-408.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Mavissakalian, M., Blanchard, E. B., Abel, G. G., & Barlow, D. H. (1975). Responses to complex erotic stimuli in homosexual and heterosexual males. *British Journal of Psychiatry*, 126, 252-257.



- McCrae, R. R. (1989). Why I advocate the Five Factor Model of personality: Joint factor analysis of the NEO-PI with other instruments. In D. M. Buss & N. Cantor (Eds.). *Personality psychology: Recent trends and emerging directions* (pp. 237–345). New York: Springer-Verlag.
- McCrae, R. R. (2006). O que é personalidade? In C. Flores-Mendoza & R. Colom-Marañón (Eds.). *Introdução à Psicologia das Diferenças Individuais* (pp. 203-218). Porto Alegre: Artmed.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor-model. In J. S. Wiggins (Ed.). *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51-87). New York: The Guildford Press.
- McCrae, R.R., & Costa, Jr., P.T. (1997). Conceptions and correlates of openness to experience. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 826-848). San Diego, CA: Academic Press.
- Meisler, A., & Carey, M. (1991). Depressed affect and male sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 541-554.
- Melman, A., & Redfield, J. (1981). Evaluation of the DSFI as a test of organic impotence. *Sexuality Disability*, 4, 108-114.
- Mercer, C. H., Fenton, K. A., Johnson, A. M., Wellings, K., Macdowall, W., McManus, S., Nanchahal, K., & Erens, B. (2003). Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: National probability sample survey. *British Medical Journal*, 327, 426-427.
- Meston, C., Trapnell, P., & Gorzalka, B. (1993). Sex an the Five Factor Model of Personality. *In Actas Annual Meeting of the International Academy of Sex Research*, California.
- Metz, M. E., & McCarthy, B. W. (2005). *A biopsychosocial, integrative couples approach to assess, treat, and prevent relapse of male sexual dysfunction*. *In Actas 30<sup>th</sup> Annual Meeting of The Society for Sex Therapy and Research*, Boston, USA.

- Milhausen, R. R., Graham, C. A., Sanders, S. A., Yarber, W. L., & Maitland, S. B. (2010). Validation of the sexual excitation/sexual inhibition inventory for women and men. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1091-1104.
- Miller, J. D., Lynam, D., Zimmerman, R. S., Logan, T. K., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2004). The utility of the Five Factor Model in understanding risky sexual behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1611-1626.
- Mitchell, W., DiBartolo, P., Brown, T., & Barlow, D. H. (1998). Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 197-207.
- Munjack, D. J., Oziel, L. J., Kanno, P. H., Whipple, K. & Leonard. M. D (1981). Psychological Characteristics of Males with Secondary Erectile Failure, *Archives of Sexual Behavior*, 10, 123-131.
- Nelson, A. L., & Purdon, C. (2011). Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 395-406.
- Nobre, P. J. (2003). *Disfunções Sexuais: Contributos para a Construção de um Modelo Compreensivo Baseado na Teoria Cognitiva*, dissertação para Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Nobre, P. J. (2006). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nobre, P. J. (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive-Emotional Model. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 1429-1437.
- Nobre, P. J., Carvalheira, A., & Fonseca, L. (2003). *Entrevista Estruturada de Avaliação de Disfunções Sexuais*. Manuscrito não publicado.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006a). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43, 68-75.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006b). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 491-499.

- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 32, 37-49.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 842–851.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 173-182.
- Nobre, P., Wiegel, M., Bach, A., Weisberg, R., Brown, T., Wincze, J., & Barlow, D. H. (2004). Determinants of sexual arousal and the accuracy of its self-estimation in sexually functional males. *Journal of Sex Research*, 41, 363-371.
- Oliveira, C., & Nobre, P. J. (no prelo). *The role of trait-affect, depression, and anxiety in women with sexual dysfunction: A pilot study*. *Journal of Sex and Marital Therapy*.
- Orlandini, A., Rizzi, P., Fossati, A., Parlangeli, M. A., Montorsi, F., Guazzoni, G., Ferini-Strambi, L., & Maffei, C. (1993). Psychogenic impotence: Is it possible to differentiate it from organic impotence with personality, psychopathological and defensive indexes? *Sexuality and Disability*, 11, 259-267.
- Panzeri M., Dèttore D., Altoè G., Zanella F., Baldetti M., Janssen E. (2008): Factor structure of the Italian Sexual Inhibition/Excitation (SIS/SES) Scales. *Sexologies*, 17 (Suppl. 1), S54.
- Peixoto, M., & Nobre, P. J. (no prelo). *Trait-affect, depressed mood, and male sexual functioning: A preliminary study*. *The Journal of Sexual Medicine*.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2004). Teoria de traços: O Modelo de Cinco Factores – Aplicações e avaliação de abordagens de traço à personalidade. In L. A. Pervin, & O. P. John (Eds.). *Personalidade - Teoria e pesquisa* (pp. 210-241). Porto Alegre: Artmed.
- Peterson, Z., & Janssen, E. (2007). Ambivalent affect and sexual response: The impact of co-occurring positive and negative emotions on subjective and physiological sexual responses to erotic stimuli. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 793-807.

- Peterson, Z. D., Janssen, E., & Heiman, J. R. (2010). The association between sexual aggression and HIV risk behavior in heterosexual men. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 538-556.
- Phelps, J., Jain, A., & Monga M. (2004). The PsychEdPlusMEd approach to erectile dysfunction: The impact of combining a psychoeducational intervention with sildenafil. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 305-14.
- Ping, R. A. (2004). On assuring valid measures for theoretical models using survey data. *Journal of Business Research*, 57, 125–141.
- Przybyla, D. P. J., & Byrne, D. (1984). The mediating role of cognitive processes in self-reported sexual arousal. *Journal of Research in Personality*, 18, 54-63.
- Purdon, C., & Holdaway, L. (2006). Non-erotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 43, 154-162.
- Purdon, C., & Watson, C. (2011). Non-erotic thoughts and sexual functioning. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 891-902.
- Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. J. (no prelo). *Prevalence of sexual problems in Portugal: Results of a population-based study using a stratified sample of men aged 18 to 70 years*. The Journal of Sex Research.
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2009). *The role of personality dimensions, trait affect and psychopathology on male sexual dysfunction*. In Actas 19<sup>th</sup> WAS World Congress for Sexual Health, Goteborg, Sweden.
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2010). *Formulário Sócio-Demográfico e de História Médica e Sexual (FSD-HMS)*. Manuscrito não publicado.
- Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. J. (2011). Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: An empirical study. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 461-469.
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2012a). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 311-320.

- Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. J. (2012b). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the Portuguese version. *Journal of Sexual Medicine*, 9, pp. 180-187.
- Renshaw, D. C. (1988). Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex clinic between 1972 and 1987. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 111-117.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em Psicologia e Saúde* (3.<sup>a</sup> Ed.). Porto: Legis Editora.
- Richters, J., Grulich, A. E., de Visser, R. O., Smith, A. M. A., & Rissel, C. E. (2003). Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 164-170.
- Rosen, R. C. (2000). Medical and psychological interventions for erectile dysfunction: Toward a combined treatment approach. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.). *Principles and practice of sex therapy* (3<sup>rd</sup> Ed.). (pp. 276-304). New York: Guilford Press.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., & Gendrano, N. (2002). The International Index of Erectile Function (IIEF): A state-of-the-science review. *International Journal of Impotence Research*, 14, 226-44.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Rosenheim, E., & Neumann, M. (1981). Personality characteristics of sexually dysfunctioning males and their wives. *The Journal of Sex Research*, 17 (2), 124-138.
- Rowland, D., Cooper, S. & Heiman, J.R. (1995). A preliminary investigation of affective and cognitive response to erotic stimulation in men before and after sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 3-20.
- Sachs, B. D. (2003). The false organic-psychogenic distinction and related problems in the classification of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 15, 72-78.

- Sakheim, D. K., (1984). Waking assessment of erectile potential: The validation of a laboratorial procedure to aid in the differential diagnosis of psychogenic and organic impotence. Dissertação de Doutorado não publicada. State University of New York, University at Albany.
- Sakheim, D. K., Barlow, D. H. Beck, J. G., & Abrahamson, D. J. (1984). The effect of an increase awareness of erotic cues on sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 151-158.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A Meta-analytic review of the relationships between the Five-Factor Model and *DSM-IV-TR* Personality Disorders: A facet level Analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1326-1342.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Hoehn-Saric, R., Grados, M., & Cullen B. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 457-462.
- Sanders, S. A., Graham, C. A., & Milhausen, R. R. (2008). Predicting sexual problems in women: The relevance of sexual excitation and sexual inhibition. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 241-251.
- Saulsman, L., & Page, A. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055-1085.
- Sbrocco, T., Barlow, D. H. (1996). Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research and treatment. In P. Salkovskis (Ed.) *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 419-449). New York: The Guilford Press.
- Sbrocco, T., Weisberg, R. B., & Barlow, D. H. (1992). *Sexual Dysfunction Interview (SDI)*. Manuscrito não publicado. Boston University, Center for Anxiety and Related Disorders, MA.
- Scepkowski, L. A., Wiegel, M., Bach, A. K., Weisberg, R. B., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2004). Attributions for sexual situations in men with and without erectile disorder: Evidence from a sex-specific attributional style measure. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 559-569.

- Schenk, J., & Pfrang, H. (1986). Extraversion, Neuroticism, and Sexual Behavior: Interrelationships in a sample of young men. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 449-455.
- Schenk, J., Pfrang, H., & Rausche, A. (1983). Personality traits versus the quality of the marital relationship as the determinant of marital sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 12, 31-42.
- Segraves, R. T. (1987). Discrimination between psychogenic and biogenic impotence utilizing psychometric instruments. *Sexuality and Disability*, 9, 138-142.
- Segraves, R. T. (2010). Considerations for diagnostic criteria for erectile dysfunction in DSM-V. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 654-671.
- Segraves, R. T., Schoenberg, H. W., Zarins, C. K., Knopf, J., & Camic, P. (1981). Discrimination of organic versus psychological impotence with the DSFI: A failure to replicate. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 7, 230-238.
- Seidman, S., & Roose, S. (2000). The relationship between depression and erectile dysfunction. *Current Psychiatry Reports*, 2, 201-205.
- Simons, J. S., & Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 177-219.
- Soares, C. & Nobre, P. (2012). Sexual problems, cultural beliefs, and psychosexual therapy in Portugal. In K. Hall & C. Graham (Eds.). *The cultural context of sexual pleasure and problems: Psychotherapy with diverse clients* (pp. 278-306). New York: Routledge.
- Staples, R. B., Ficher, I.V., Shapiro, M., Martin, K., & Gonick, P.A. (1980). Reevaluation of MMPI discriminators of biogenic and psychogenic impotence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 543-545.
- Strand, J., Wise, T., Fagan, P., & Schmidt Jr, C. (2002). Erectile dysfunction and depression: Category or dimension? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 175-181.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5<sup>th</sup> Ed.). Boston: Pearson Education, Inc.
- Teles, A., Carreira, M., Alarcão, V., Aragués, J., Lopes, L., Mascarenhas, M., & Costa, J. (2008). Prevalence, severity, and risk factors for erectile dysfunction in a representative



- sample of 3,548 Portuguese men aged 40 to 69 years attending primary healthcare centers: Results of the Portuguese erectile dysfunction study. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1317-1324.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
- Tiefer, L. (1996). The medicalization of sexuality: Conceptual, normative and professional issues. *Annual Review of Sex Research*, 7, 252-282.
- Tondo, L., Cantone, M., Carta, M., Laddomada, A., Mosticoni, R., & Rudas, N. (1991). An MMPI evaluation of male sexual dysfunction. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 391-396.
- Trull, T. J., & Geary, D. C. (1997). Comparison of the big-five factor-structure across samples of Chinese and American adults. *Journal of Personality Assessment*, 69, 324-341.
- van den Hout, M. A., & Barlow, D. (2000). Attention, arousal and expectancies in anxiety and sexual disorders. *Journal of Affective Disorders*, 61, 241-256.
- van Lankveld, J., & Bergh, S. (2008). The interaction of state and trait aspects of self-focused attention affects genital, but not subjective, sexual arousal in sexually functional women. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 514-528.
- van Lankveld, J., Geijen, W., & Sykora, H. (2008). The Sexual Self-Consciousness Scale: Psychometric properties. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 925-933.
- van Lankveld, J., & van den Hout, M. (2004). Increasing neutral distraction inhibits genital but not subjective sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 549-558.
- van Lankveld, J., van den Hout, M. A., & Schouten, E. G. (2004). The effects of self-focused attention, performance demand, and dispositional sexual self-consciousness on sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 915-935.



- Varjonen, M., Santtila, P., Höglund, M., Jern, P., Johansson, A., Wager, I., Witting, K., Algars, M., & Sandnabba, N. K. (2007). Genetic and environmental effects on sexual excitation and sexual inhibition in men. *Journal of Sex Research*, 44, 359-369.
- Vendeira, P. (2003). Terapêutica da disfunção erétil. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz, J. (Eds.). *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 197-220). Coimbra: Quarteto Editora.
- Vendeira, P., Pereira, N. M., Tomada, N., & Macedo, A. (2005). *Episex-PT: Prevalência da disfunção sexual masculina em Portugal*. Manuscrito não publicado. Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Viglietta, M. B. (1982). The effects of anxiety versus distraction on sexual arousal in males. Dissertação de Doutoramento não publicada. State University of New York, University at Albany.
- Vilar, D. (2010). Desempenho Sexual – Satisfação e Problemas (2010). In P. M. Ferreira & M. V. Cabral (Coord.) *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e Riscos* (pp. 201-230). Bizâncio, Lisboa.
- Wagner, G., Fugl-Meyer, A. R., & Fugl-Meyer, K. S. (2000). Impact of erectile dysfunction on quality of life: Patient and partner perspective. *International Journal of Impotence Research*, 12, 144-146.
- Watson, D., Clark, L., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-333.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model-II: Exploring the symptoms structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

- Weisberg, R., Weiner, D., Sbrocco, T., Brown, T., Bach, A., & Barlow, D. H. (1994). Attention allocation and anxiety in sexually functional and dysfunctional males. *In Actas Association for the Advancement of Behavior Therapy*, San Diego, CA.
- Widiger, T. A., Costa, P. T., Jr. (2002). Five-Factor model personality disorder research. In: P. A. Costa & T. A. Widiger (Eds.) *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2<sup>nd</sup> Ed.). (pp. 59-87). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wiegel, M., Scepkowski, L., & Barlow, D. (2007). Cognitive-affective processes in sexual arousal and sexual dysfunction. In E. Janssen (Ed.). *The Psychophysiology of Sex* (pp. 143 – 165). Bloomington: Indiana University Press.
- Wincze, J. P., & Carey, M. P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York: The Guilford Press.
- Wolchik, S. A., Beggs, V. E., Wincze, J. P., Sakheim, D. K., Barlow, D. H., Mavissakalian, M. (1980). The effect of emotional arousal on subsequent sexual arousal in men. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 595-598.
- Woods, S. A., & Hampson, S. E. (2005). Measuring the Big Five with single items using a bipolar response scale. *European Journal of Personality*, 19, 373-390.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.

## **Anexos**

---



## **Anexo I**

---

### *Formulário de Consentimento Informado*



## Consentimento Informado

Os questionários que se seguem fazem parte de um Projecto de Doutoramento em Psicologia da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro/Unidade Laboratorial de Investigação em Sexualidade Humana - Universidade de Aveiro.

Pedimos-lhe o favor de preencher os questionários, assegurando que não deixa nenhuma questão por responder. Não há respostas certas nem erradas, pedimos apenas que responda com a maior **sinceridade** e que assinale as respostas que melhor traduzem a sua realidade.

As respostas são **anónimas** e **confidenciais**, e servem apenas para fins estatísticos. No final do estudo os dados serão totalmente destruídos. É livre de desistir do estudo a qualquer momento, caso seja esse o seu desejo.

Depois de preenchidos, deverá colocar os questionários no **envelope** que foi destinado para o efeito e devolvê-lo à Investigadora, devidamente **selado**.

Por favor, não coloque o seu nome ou outro dado que o identifique em qualquer parte dos questionários.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

Aceito participar neste estudo:    ☐ Sim    ☐ Não

Data: .....





## Anexo II

---

### *Protocolo de Avaliação*



## Questionário Sócio-Demográfico

Ana Luísa Quinta Gomes, & Pedro Nobre

---

**Idade:** ..... anos

**Estado Civil:**   ☐ Solteiro        ☐ Casado        ☐ União de Facto        ☐ Divorciado  
                         ☐ Separado        ☐ Viúvo

Caso mantenha uma relação com um companheira/o, há **quanto tempo** dura?  
..... **anos**.

---

### Habilitações Literárias:

☐ 1º Ciclo (até 4ª Classe)        ☐ 2º Ciclo (5º e 6º Ano)        ☐ 3º Ciclo (7º, 8º e 9º Ano)  
☐ Secundário (10º, 11º e 12º ano)        ☐ Licenciatura/Mestrado        ☐ Outro .....

---

### Problemas psiquiátricos (anteriores ou actuais) diagnosticados por médico ou psicólogo:

☐ Depressão        ☐ Doença Bipolar        ☐ Ansiedade        ☐ Esquizofrenia  
☐ Dependência de Drogas        ☐ Alcoolismo        ☐ Outro: .....

Ano do diagnóstico: ..... (por exemplo, 2001)

---

### Orientação Sexual:

☐ Heterossexual        ☐ Homossexual        ☐ Bissexual

### Número de parceiros sexuais actuais:

☐ Nenhum        ☐ Um parceiro sexual        ☐ Dois parceiros sexuais  
☐ Múltiplos parceiros sexuais

---

### Frequência de actividade sexual (qualquer prática sexual):

☐ Nenhuma        ☐ Raramente        ☐ 1 vez por mês        ☐ 2/3 vezes por mês  
☐ 1/3 vezes por semana        ☐ Quase sempre

---

**Alguma vez foi vítima de abuso sexual?**   ☐ Sim   ☐ Não

---

É consumidor de:

**Tabaco:**   ☐ Sim   ☐ Não   **Quantidade por dia:** .....

**Álcool:**   ☐ Sim   ☐ Não   **Quantidade por dia:** .....

**Outras drogas (haxixe, cocaína, etc):** ☐ Sim   ☐ Não   **Qual:** .....

**Quantidade por dia:** .....

---

**Apresenta** alguma das seguintes situações ou toma algum tipo de **medicação** para:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tensão Arterial Elevada    | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Colesterol           | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Doença Neurológica         | <input type="checkbox"/> Deficiência de Hormonas | <input type="checkbox"/> Problemas Urológicos |  |
| <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral | <input type="checkbox"/> Cancro                  | <input type="checkbox"/> Problemas na Coluna  |  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade                  | <input type="checkbox"/> Depressão               | <input type="checkbox"/> Outros: .....        |  |
- 

Alguma vez procurou ajuda para dificuldades sexuais (ex: Viagra, Terapia Sexual, etc.)?

☐ Sim   ☐ Não   **Qual?** ..... .....

Há **quanto tempo** duram as suas dificuldades sexuais? .....meses.

Considera que a sua companheira/o actual apresenta algum tipo de dificuldade ou problema sexual?

☐ Sim   ☐ Não   **Qual?** ..... .....

**ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉCTIL  
(IIEF; Rosen et al., 1997, traduzido e adaptado por Pedro Nobre, 2001)**

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação, tendo em conta as **últimas quatro semanas**

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma erecção durante a sua actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive actividade sexual
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

2. Quando teve erecções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua erecção depois de ter penetrado a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua erecção até ao fim da relação sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tentei
- ☐ 1-Uma a duas tentativas
- ☐ 2-Três a quatro tentativas
- ☐ 3-Cinco a seis tentativas
- ☐ 4-Sete a dez tentativas
- ☐ 5-Onze ou mais tentativas

7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

11. Com que frequência sentiu desejo sexual ?

- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes
- ☐ 3-Algumas vezes
- ☐ 4-A maior parte das vezes
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

12. Como classifica o seu desejo sexual ?

- ☐ 1-Muito baixo/nenhum
- ☐ 2-Baixo
- ☐ 3-Moderado
- ☐ 4-Elevado
- ☐ 5-Muito elevado

13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma erecção ?

- ☐ 1-Muito baixa
- ☐ 2-Baixa
- ☐ 3-Moderada
- ☐ 4-Elevada
- ☐ 5-Muito elevada

16. Quando teve erecções com estimulação sexual qual o grau de dificuldade que teve para atingir o orgasmo ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

17. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo durante a actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

18. Durante as relações sexuais, com que frequência ejaculou sem o desejar, antes ou logo após a penetração?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

19. Durante as relações sexuais qual a dificuldade que teve para controlar a sua ejaculação ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

20. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para controlar a ejaculação durante a actividade sexual?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

**MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO**

## PANAS

Mais abaixo encontram-se listadas algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Por favor, leia cada item e assinale com um círculo o número correspondente à sua resposta. **Indique em que medida sentiu geralmente** (ou seja, em média), **cada uma das emoções**.

Para registrar as suas respostas  
use a escala seguinte:

*0 = Muito pouco ou quase nada*

*1 = Pouco*

*2 = Moderadamente*

*3 = Bastante*

*4 = Extremamente*

	<i>Muito pouco ou quase nada</i>	<i>Pouco</i>	<i>Moderadamen te</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
1. Interessado	0	1	2	3	4
2. Perturbado	0	1	2	3	4
3. Excitado	0	1	2	3	4
4. Atormentado	0	1	2	3	4
5. Agradavelmente surpreendido	0	1	2	3	4
6. Culpado	0	1	2	3	4
7. Assustado	0	1	2	3	4
8. Caloroso	0	1	2	3	4
9. Repulsa	0	1	2	3	4
10. Entusiasmado	0	1	2	3	4
11. Orgulhoso	0	1	2	3	4
12. Irritado	0	1	2	3	4
13. Encantado	0	1	2	3	4
14. Remorsos	0	1	2	3	4
15. Inspirado	0	1	2	3	4
16. Nervoso	0	1	2	3	4
17. Determinado	0	1	2	3	4
18. Trémulo	0	1	2	3	4
19. Activo	0	1	2	3	4
20. Amedrontado	0	1	2	3	4

## Questionário SIS/SES Versão Masculina

(Janssen et al., 2002)

(traduzido e adaptado por Lígia Fonseca e José Pinto Gouveia, 2005)

### Instruções

No presente questionário irá encontrar afirmações relacionadas com as suas possíveis reacções a várias situações, actividades ou comportamentos sexuais. Obviamente, a forma como reage depende muitas vezes das circunstâncias, mas estamos interessados em saber qual seria a sua reacção mais provável. Por favor leia cada afirmação com atenção e decida qual seria a sua reacção mais provável. Depois, assinale o número que corresponde à sua resposta. Procure responder a todas as afirmações. Poderá por vezes sentir que nenhuma das respostas parece completamente adequada. E poderá, por vezes, ler uma frase e considerar que “*não é aplicável*”. Nestes casos, seleccione a resposta que escolheria se a situação se aplicasse a si. Algumas das afirmações contêm palavras que descrevem reacções como “*sexualmente excitado*” ou, por vezes, apenas “*excitado*”. Com estes termos pretendemos descrever “*sentimentos de excitação sexual*”, sentir-se “*sexualmente estimulado*”, “*com tesão*”, “*excitado*” ou “*com vontade*”. Não pense demasiado antes de responder, mas siga o seu primeiro impulso. Tente não saltar nenhuma questão. Tente ser o mais honesto possível.

### Obrigado

	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Quando vejo fotografias eróticas, facilmente fico sexualmente excitado.	1	2	3	4
2. Se sinto que estou a ser apressado, é provável que não fique muito excitado.	1	2	3	4
3. Se estou sozinho a assistir a uma cena de sexo num filme, rapidamente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
4. Por vezes fico sexualmente excitado apenas por estar deitado ao sol.	1	2	3	4
5. Colocar um preservativo pode fazer-me perder a erecção	1	2	3	4
6. Quando uma pessoa desconhecida sexualmente atraente me toca por acaso, facilmente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
7. Quando tenho um jantar calmo à luz das velas com alguém que considero sexualmente atraente fico excitado	1	2	3	4
8. Se há o risco de gravidez indesejada, é provável que não fique sexualmente excitado.	1	2	3	4
9. Preciso que toquem no meu pénis para manter uma erecção	1	2	3	4
10. Quanto pratico sexo, tenho de me concentrar nos meus próprios sentimentos sexuais para manter a erecção	1	2	3	4
11. Quando me sinto sexualmente excitado, geralmente tenho uma erecção	1	2	3	4
12. Se estou a praticar sexo num local ao ar livre e isolado e penso que alguém pode estar por perto, é provável que não fique muito excitado.	1	2	3	4
13. Quando vejo alguém atraente vestido de uma forma sensual, facilmente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
14. Quando penso que alguém sexualmente atraente quer praticar sexo comigo, rapidamente fico sexualmente excitado	1	2	3	4

15. Se eu descobrir que alguém que considero sexualmente atraente é demasiado novo, tenho dificuldade em ficar sexualmente excitado com ela/ele	1	2	3	4
16. Quando falo ao telefone com alguém que tem uma voz sensual fico sexualmente excitado	1	2	3	4
17. Quando reparo que a minha (meu) parceira(o) está sexualmente excitada(o) a minha excitação aumenta	1	2	3	4
18. Se a minha (meu) nova parceira(o) sexual não quer usar preservativo/sexo seguro, é provável que eu não permaneça excitado.	1	2	3	4
19. Não consigo ficar excitado, a não ser que me concentre exclusivamente no estímulo sexual.	1	2	3	4
20. Se sinto que esperam de mim uma resposta sexual, tenho dificuldade em ficar excitada.	1	2	3	4
21. Se estou preocupado em satisfazer sexualmente a minha (o meu) parceira(o), facilmente perco a erecção.	1	2	3	4
22. Se estou sozinho a masturbar-me e me apercebo que alguém pode entrar a qualquer momento no quarto, perco a erecção	1	2	3	4
23. É difícil ficar sexualmente excitado, a não ser que fantasie sobre uma situação muito excitante.	1	2	3	4
24. Se alguém me puder ouvir a praticar sexo, é pouco provável que permaneça sexualmente excitado.	1	2	3	4
25. Só pensar num encontro sexual passado é o suficiente para ficar sexualmente excitado.	1	2	3	4
26. Quando estou a tomar duche ou banho, facilmente fico sexualmente excitado.	1	2	3	4
27. Se me apercebo que há risco de contrair uma doença sexualmente transmissível, é provável que não permaneça sexualmente excitado	1	2	3	4
28. Se alguém me puder ver a praticar sexo, é provável que não permaneça sexualmente excitado	1	2	3	4
29. Se estou com outras pessoas a ver um filme pornográfico, rapidamente fico sexualmente excitado.	1	2	3	4
30. Quando uma pessoa desconhecida, sexualmente atraente me olha olhos nos olhos, fico excitado.	1	2	3	4
31. Se penso que praticar sexo me provocará dor, perco a erecção	1	2	3	4
32. Quando visto algo com que me sinto atraente é provável que fique sexualmente excitado	1	2	3	4
33. Se penso que posso não conseguir ter uma erecção, o mais provável é não conseguir mesmo	1	2	3	4
34. Se praticar sexo provoca dor à minha (meu) parceira(o), é provável que eu não permaneça sexualmente excitado.	1	2	3	4
35. Quando penso numa pessoa muito atraente facilmente fico sexualmente excitado.	1	2	3	4
36. Assim que consigo uma erecção, quero iniciar a penetração de imediato antes que perca a erecção	1	2	3	4
37. Quando começo a fantasiar sobre sexo, rapidamente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
38. Quando vejo outras pessoas a praticarem actividades sexuais apetece-me fazer sexo.	1	2	3	4
39. Quando vejo uma pessoa atraente começo a ter fantasias sexuais com ela/ele	1	2	3	4
40. Se algum pensamento me distrai, facilmente perco a erecção	1	2	3	4
41. Confio muitas vezes no poder das fantasias para manter a erecção	1	2	3	4
42. Se ficar distraído por ouvir música, ver televisão ou uma conversa, é pouco provável que fique excitado.	1	2	3	4
43. Quando me sinto interessado em sexo, geralmente tenho uma erecção	1	2	3	4
44. Quando uma pessoa atraente <i>flerta</i> comigo, facilmente fico sexualmente excitado	1	2	3	4
45. Durante o acto sexual, satisfazer sexualmente a minha (o meu) parceira(o) excita-me mais.	1	2	3	4



## Escala de Auto-Consciência Sexual

(SSCS; van Lankveld, Geijen, & Sykora, 2008)

(Tradução e adaptação de Ana Luísa Quinta Gomes & Pedro Nobre, 2009)

### INSTRUÇÕES

Nesta secção encontrará cinco respostas possíveis às questões apresentadas: "discordo fortemente" (0), "discordo um pouco"(1), "não concordo nem discordo" (2), "concordo um pouco" (3) e "concordo fortemente" (4). Por favor assinale com um círculo a opção que melhor reflecte a sua forma habitual de agir.

	<b>Discordo Fortemente</b>	<b>Discordo um Pouco</b>	<b>Não Concordo nem Discordo</b>	<b>Concordo um Pouco</b>	<b>Concordo Fortemente</b>
1. Sinto-me desconfortável em situações sexuais.	0	1	2	3	4
2. Estou preocupado pela forma como me comporto sexualmente.	0	1	2	3	4
3. Presto muita atenção aos meus pensamentos e sentimentos sexuais.	0	1	2	3	4
4. Sinto-me facilmente embaraçado em situações sexuais.	0	1	2	3	4
5. Durante o sexo, muitas vezes me pergunto o que a outra pessoa estará a pensar de mim.	0	1	2	3	4
6. Muitas vezes imagino como me comporto durante o sexo.	0	1	2	3	4
7. Durante o sexo estou consciente da impressão que causo na outra pessoa.	0	1	2	3	4
8. Durante o sexo eu presto muita atenção ao que acontece dentro do meu corpo.	0	1	2	3	4
9. Sinto que é difícil “deixar-me ir” sexualmente em frente a outra pessoa.	0	1	2	3	4
10. Quando me vejo durante o sexo, estou irritantemente consciente de mim próprio.	0	1	2	3	4
11. Leva-me algum tempo a ultrapassar a minha timidez em situações sexuais.	0	1	2	3	4
12. Durante o sexo, sinto-me continuamente a ser observado pela outra pessoa.	0	1	2	3	4

NEO-FFI  
Lima & Simões (2000)

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações que se seguem e assinale com uma cruz o que melhor representa a sua opinião. Responda a todas as questões.

<b>Discordo Fortemente</b> <b>0</b>	<b>Discordo</b> <b>1</b>	<b>Neutro</b> <b>2</b>	<b>Concordo</b> <b>3</b>	<b>Concordo Fortemente</b> <b>4</b>
--	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	--

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto de ter muita gente à minha volta.					
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).					
4. Tento ser delicado com todas as pessoas que encontro.					
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
6. Sinto-me muitas vezes inferior às outras pessoas.					
7. Rio facilmente.					
8. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa não mudo mais.					
9. Frequentemente arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
11. Quando estou numa grande tensão sinto-me, às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
12. Não me considero uma pessoa alegre.					
13. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.					
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
16. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
18. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
21. Muitas vezes sinto-me tenso(a) e enervado(a).					
22. Gosto de estar onde está a acção.					
23. A poesia pouco ou nada me diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objectivos claros e faço por atingi-los de uma forma ordenada.					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
28. Frequentemente experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, de as deixarmos.					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
32. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					

<b>Discordo Fortemente</b> <b>0</b>	<b>Discordo</b> <b>1</b>	<b>Neutro</b> <b>2</b>	<b>Concordo</b> <b>3</b>	<b>Concordo Fortemente</b> <b>4</b>
--	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	--

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
33. Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas que conheço gostam de mim.					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes aborreço-me a maneira como as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.					
41. Muitas vezes quando as coisas não me correm bem perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
42. Não sou um(a) grande optimista.					
43. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
44. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
45. Às vezes não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
52. Sou uma pessoa muito activa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas faço-lhe saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhado(a) que desejava meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
59. Se for necessário não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
60. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.					

## BREVE INVENTÁRIO DE SINTOMAS

(BSI; L. R. Derogatis, 1983)

(Tradução e Adaptação de M. C. Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	1	2	3	4	5
2. Desmaios ou tonturas	1	2	3	4	5
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	1	2	3	4	5
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	1	2	3	4	5
5. Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes	1	2	3	4	5
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	1	2	3	4	5
7. Dores sobre o coração ou no peito	1	2	3	4	5
8. Medo na rua ou praças públicas	1	2	3	4	5
9. Pensamentos de acabar com a vida	1	2	3	4	5
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	1	2	3	4	5
11. Perder o apetite	1	2	3	4	5
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	1	2	3	4	5
13. Ter impulsos que não se podem controlar	1	2	3	4	5
14. Sentir-se sozinho mesmo quando se está com mais pessoas	1	2	3	4	5
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	1	2	3	4	5
16. Sentir-se sozinho	1	2	3	4	5
17. Sentir-se triste	1	2	3	4	5
18. Não ter interesse por nada	1	2	3	4	5
19. Sentir-se atemorizado	1	2	3	4	5
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus interesses	1	2	3	4	5
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	1	2	3	4	5
22. Sentir-se inferior aos outros	1	2	3	4	5
23. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	1	2	3	4	5
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	1	2	3	4	5
25. Dificuldade em adormecer	1	2	3	4	5
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	1	2	3	4	5
27. Dificuldade em tomar decisões	1	2	3	4	5
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	1	2	3	4	5
29. Sensação de que lhe falta o ar	1	2	3	4	5
30. Calafrios ou afrontamentos	1	2	3	4	5

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	1	2	3	4	5
32. Sensação de vazio na cabeça	1	2	3	4	5
33. Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro) no corpo	1	2	3	4	5
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	1	2	3	4	5
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	1	2	3	4	5
36. Ter dificuldade em se concentrar	1	2	3	4	5
37. Falta de forças em partes do corpo	1	2	3	4	5
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	1	2	3	4	5
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	1	2	3	4	5
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	1	2	3	4	5
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	1	2	3	4	5
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	1	2	3	4	5
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	1	2	3	4	5
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	1	2	3	4	5
45. Ter ataques de terror ou pânico	1	2	3	4	5
46. Entrar facilmente em discussão	1	2	3	4	5
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	1	2	3	4	5
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	1	2	3	4	5
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	1	2	3	4	5
50. Sentir que não tem valor	1	2	3	4	5
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	1	2	3	4	5
52. Ter sentimentos de culpa	1	2	3	4	5
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	1	2	3	4	5



## Anexo III

---

### *Entrevista Clínica*





**ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DE DISFUNÇÕES  
SEXUAIS**

**(Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992)**

**SDI**

**VERSÃO MASCULINA  
(REDUZIDA)**

**(Tradução e Adaptação de P. Nobre, A. Carvalheira, & L.  
Fonseca, 2003)**

## DADOS BIOGRÁFICOS

<p><b>Nome:</b> _____</p> <p><b>Morada:</b> _____</p> <p><b>Telefone: (casa)</b> _____</p> <p style="padding-left: 40px;"><b>(trabalho)</b> _____</p> <p><b>Consentimento informado? Sim Não</b></p> <p><b>Data de nascimento (idade):</b> _____</p> <p><b>Etnia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caucasiano</li> <li>2. Negro</li> <li>3. Asiático</li> <li>4. Latino-Americano</li> <li>5. Ilhas do Pacífico</li> <li>6. Nativos Americanos</li> <li>7. Outras _____</li> </ol> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 35%;"><b>Estado Civil</b></td> <td style="width: 15%;"><b>Data:</b></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>1. Solteiro</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Relação de namoro</b></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. Co-habitação</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Casado</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Separado</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Divorciado</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Viúvo</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Outro</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Número de casamentos anteriores:</b> _____</p> <p><b>Datas:</b> _____</p> <p><b>Religião:</b> _____ <b>Praticante:</b> _____</p> <p><b>Parceiro:</b> _____ <b>Praticante:</b> _____</p>	<b>Estado Civil</b>	<b>Data:</b>		1. Solteiro	_____		<b>Relação de namoro</b>		_____	2. Co-habitação	_____		3. Casado	_____		4. Separado	_____		5. Divorciado	_____		6. Viúvo	_____		7. Outro	_____		<p><b>Data da entrevista:</b> _____</p> <p><b>Entrevistador:</b> _____</p> <p><b>Indicação de consulta</b> _____</p> <p><b>Idade do parceiro:</b> _____</p> <p><b>Habilitações literárias:</b> ____ (número de anos)</p> <p style="padding-left: 40px;">_____ (grau mais elevado)</p> <p><b>Ocupação:</b> _____ (presente)</p> <p style="padding-left: 40px;">_____ (anterior)</p> <p>_____</p> <p><b>Ocupação parceira:</b> _____</p> <p>(presente)</p> <p style="padding-left: 40px;">_____ (anterior)</p> <p>_____</p> <p><b>Filhos:</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><b>Idade</b></td> <td style="width: 33%;"><b>Sexo</b></td> <td style="width: 33%;"><b>Vivem em casa</b></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Vivem em casa</b>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Estado Civil</b>	<b>Data:</b>																																										
1. Solteiro	_____																																										
<b>Relação de namoro</b>		_____																																									
2. Co-habitação	_____																																										
3. Casado	_____																																										
4. Separado	_____																																										
5. Divorciado	_____																																										
6. Viúvo	_____																																										
7. Outro	_____																																										
<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Vivem em casa</b>																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									
_____	_____	_____																																									

## This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

1. Com que frequência se envolve em actividade sexual (coito) com o seu parceiro? \_\_\_\_ (mês)
2. Qual é a sua frequência ideal de actividade sexual (coito)? \_\_\_\_\_ (mês)
3. Com que frequência se envolve em carícias / estimulação sem coito? \_\_\_\_\_ (mês)
4. Com que frequência se masturba? \_\_\_\_\_ (mês)

## DISFUNÇÕES SEXUAIS

### I. PERTURBAÇÕES DO DESEJO SEXUAL\*

1. Como descreveria o seu interesse pela actividade sexual? (muit alto/alto/médio/baixo/muit baixo)

1.1. O seu interesse mudou, ou é idêntico ao que sempre foi? (maior / igual / menor)

*Caso o interesse seja considerado adequado, passar à secção seguinte*

1.2. Há quanto tempo se sente assim? \_\_\_\_\_ meses

1.3. Se ocorreu alguma mudança, o que é que esteve associado ou o que é que causou essa mudança? (marcar todos os que se apliquem)

- ☐ 1. Stress pessoal / problemas emocionais
- ☐ 2. Doença
- ☐ 3. Problemas maritais / relacionais
- ☐ 4. Stress no parceiro / problemas emocionais
- ☐ 5. Problemas sexuais
- ☐ 6. Medicação / doença física
- ☐ 7. Gravidez / nascimento de filho

2. Tem fantasias sexuais?

- 1. Durante o coito? \_\_\_\_\_ sim \_\_\_\_\_ não
- 2. Durante a masturbação? \_\_\_\_\_ sim \_\_\_\_\_ não
- 3. Número de fantasias / sonhos acordados num dia típico \_\_\_\_\_
- 4. Com que frequência usa material sexualmente explícito (revistas, vídeos, internet)?  
\_\_\_\_\_ (mês)

3. Existem alturas e situações em que tem um forte interesse /desejo sexual? (sim / não)

3.1. (se o doente se envolve em actividade sexual) Sente desejo sexual quando começa a envolver-se na actividade sexual? (muit alto/alto/médio/baixo/muit baixo)

*Se o doente está deprimido ou tem outro problema médico ou psicológico que possa estar relacionado com o seu funcionamento sexual, PERGUNTE:*

4. O seu interesse / desejo sexual era baixo antes dos seus problemas (depressão / médicos / medicação / psicológicos) terem iniciado ? (sim / não)

5. De que forma o seu baixo interesse pela actividade sexual tem afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito)

\_\_\_\_\_

6. Qual o seu grau de desconforto (mal estar) com a situação? (pouco /algum / muito)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo

CL \_\_\_\_ (0-8)

Critério A: Persistente ou recorrente deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo sexual \_\_\_\_ (0-8)

Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal \_\_\_\_ (0-8)

Critério C: Pode o baixo desejo sexual ser melhor explicado por outra perturbação do Eixo I? Não Sim \_\_\_\_

## II. AVERSÃO SEXUAL\*

1. Alguma vez evitou envolver-se em actividade sexual porque há alguma coisa no sexo em si mesmo que é ameaçador, repugnante ou aversivo? (sim / não)

*Caso a resposta seja não, passar à secção seguinte*

2. (Caso exista parceiro sexual) Quem habitualmente inicia a actividade sexual? (próprio/ambos/parceiro)
3. Quando pensa em envolver-se em actividade sexual com o seu / um parceiro, sente ansiedade, preocupação ou repugnância? (nenhuma/alguma/muita) \_\_\_\_\_

3.1. Se sim, que tipo de coisas diz para si próprio? (marcar todos os que se apliquem)

- ☐ 1. Auto-afirmações relacionadas com o desempenho
- ☐ 2. Preocupação relacionada com a satisfação do parceiro
- ☐ 3. Preocupação relacionada com doenças sexualmente transmissíveis
- ☐ 4. Preocupação com a imagem corporal
- ☐ 5. Interferência cognitiva mais genérica

4. Tem medo de envolver-se em actividade sexual? (nenhum/algum/muito) \_\_\_\_\_

5. Sente repulsa pelo sexo? (nenhuma/alguma/muita) \_\_\_\_\_

*Se o doente está deprimido ou tem outro problema médico ou psicológico que possa estar relacionado com o seu funcionamento sexual, PERGUNTE:*

6. Evitava ou tinha medo da actividade sexual antes dos seus problemas (depressão / médicos / medicação / psicológicos) terem iniciado ? (sim / não)

7. De que forma estes sentimentos acerca da actividade sexual têm afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito)

\_\_\_\_\_

8. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco /algum / muito)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aversão Sexual

CL \_\_\_\_ (0-8)

Critério A: Persistente ou recorrente aversão extrema e evitamento do contacto genital \_\_\_\_ (0-8)

Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal \_\_\_\_ (0-8)

Critério C: Pode a aversão sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim \_\_\_\_\_

### **III. DISFUNÇÃO ERÉCTIL NO HOMEM**

1. Tem dificuldades em atingir a erecção? (sim / não)  
1.1. Qual a % de ocasiões em que isto acontece? \_\_\_\_\_ (0-100%)

2. Tem dificuldades em manter a erecção? (sim / não)  
2.1. Qual a % de ocasiões em que isto acontece? \_\_\_\_\_ (0-100%)

*Caso a resposta às duas questões seja negativa, passar à secção seguinte*

3. Há quanto tempo começaram estes problemas ? \_\_\_\_\_ meses
4. Existe algum acontecimento específico associado ao início das dificuldades?  
(marcar todos os que se apliquem)
- ☐ 1. Stress pessoal / problemas emocionais
  - ☐ 2. Doença
  - ☐ 3. Problemas maritais / relacionais
  - ☐ 4. Stress no parceiro / problemas emocionais
  - ☐ 5. Doença no parceiro
  - ☐ 6. Problema sexual
  - ☐ 7. Consumo de álcool
  - ☐ 8. Medicação
  - ☐ 9. Perda do parceiro
5. Utilizando uma escala de 0 a 100, em que 0 indica ausência de erecção e 100 corresponde a uma erecção completa...
- 5.1. Que percentagem de erecção obtém habitualmente? \_\_\_\_\_ (0 – 100%)
- 5.2. Que percentagem descreve a melhor erecção que consegue obter? \_\_\_\_\_ (0 – 100%)
6. Em que momento perde habitualmente a sua erecção? (Marcar a resposta mais adequada)
- ☐ 1. Erecção parcial; incapaz de atingir uma erecção suficiente para a penetração
  - ☐ 2. Perde a erecção durante os preliminares (antes de tentar a penetração)
  - ☐ 3. Perde a erecção quando tenta a penetração ou mesmo antes de a tentar
  - ☐ 4. Perde a erecção durante a penetração, mas antes da ejaculação / orgasmo
  - ☐ 5. Perde a erecção depois da ejaculação (considerar: ejaculação prematura)
  - ☐ 6. A erecção aumenta e diminui durante a penetração mas não se perde completamente
7. Tem problemas em obter ou manter a erecção durante a masturbação? (sim / não)
8. Acha que a sua capacidade de obter uma erecção depende da situação? (parceiro / masturbação / stress, fadiga, medo de interrupção, etc.) (sim / não)
9. Tem erecções matinais (ou erecções enquanto dorme)? (sim / não)
10. De que forma têm estas dificuldades afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito) \_\_\_\_\_
11. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco /algum / muito)\* \_\_\_\_\_

Disfunção Erétil no Homem

CL \_\_\_\_ (0-8)

Critério A: Incapacidade para obter ou manter uma adequada erecção

\_\_\_\_ (0-8)

Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal

\_\_\_\_ (0-8)

Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim \_\_\_\_

#### **IV. EJACULAÇÃO PREMATURA**

1. Alguma vez teve problemas em ejacular /vir-se antes de estar preparado? (sim / não)

1.1. Percentagem de ocasiões em que isto acontece: \_\_\_\_\_ (0 – 100%)

2. Considera isso um problema? (sim / não) \_\_\_\_\_

*Caso as respostas às duas questões seja negativa, passar à secção seguinte*

3. Há quanto tempo começaram estas dificuldades? \_\_\_\_\_ meses / ao longo da vida

4. Habitualmente, em que momento ejacula? (indique tudo o que se aplique)

- ☐ 1. Estimulação visual ou tocar através da roupa é suficiente
- ☐ 2. Durante estimulação manual pela parceira/o
- ☐ 3. Durante estimulação oral pela parceira/o
- ☐ 4. Durante ou logo após a penetração
- ☐ 5. Durante o coito
- ☐ 6. Outra

5. Por vezes ejacula antes da penetração, quando não o deseja? (sim / não)

6. Quanto tempo demora a atingir a ejaculação:

6.1 Durante a relação sexual com um(a) parceira \_\_\_\_\_ minutos

6.2 Durante a masturbação \_\_\_\_\_ minutos

7. Repara que modificações na situação fazem alguma diferença, por exemplo:

- ☐ 1. Atractividade do parceira/o
- ☐ 2. Novidade da situação
- ☐ 3. Intervalo de tempo desde a última experiência sexual ou ejaculação
- ☐ 4. Sexo oral
- ☐ 5. Outros factores que influenciam o período de latência para a ejaculação?

8. Descreva as suas experiências sexuais precoces:

- ☐ 1. Masturbação rápida
- ☐ 2. Coito rápido
- ☐ 3. Experiência com prostitutas
- ☐ 4. Outras: \_\_\_\_\_

9. De que forma têm estas dificuldades afectado a sua vida (ex.: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco /algum / muito)

\_\_\_\_\_

10. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco /algum / muito) \*

\_\_\_\_\_

* Ejaculação Prematura	CL ____ (0-8)
Critério A: Ejaculação com estimulação sexual mínima, antes ou logo após a penetração	____ (0-8)
Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal	____ (0-8)
Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim	____

## V. PERTURBAÇÃO DO ORGASMO

1. Alguma vez teve dificuldades em atingir o orgasmo durante a actividade sexual? (sim / não)

*Caso a resposta seja negativa, passar à secção seguinte*

2. Em que situações ocorre habitualmente esta dificuldade?

Actividade	Ocorrência do problema	Tempo até a ejaculação (em minutos)	% em que o doente não consegue ejacular
1. Masturbação	Sim Não		
2. Coito	Sim Não		
3. Estimulação oral	Sim Não		
4. Estimulação manual	Sim Não		
5. Outra	Sim Não		

3. Há quanto tempo começaram as dificuldades? \_\_\_\_\_ meses

4. Existe algum acontecimento específico associado ao início das dificuldades: (marcar todos)

- ☐ 1. Cirurgia da próstata ou radiação para tratamento de cancro da próstata
- ☐ 2. Stress pessoal / Problemas emocionais
- ☐ 3. Doença
- ☐ 4. Problemas maritais / relacionais
- ☐ 5. Stress na parceira/o / problemas emocionais / doença na parceira/o
- ☐ 6. Problemas sexuais
- ☐ 7. Medicação
- ☐ 8. Parceiro novo
- ☐ 9. Mudança no padrão de comportamento sexual ( por exemplo: estar habituado a múltiplos parceiros e agora ter apenas um parceiro)
- ☐ 10. Outro \_\_\_\_\_

5. Acha que a sua capacidade para atingir o orgasmo depende da situação? (marcar todos)

- ☐ 1. Parceiro
- ☐ 2. Masturbação vs. Parceiro
- ☐ 3. Stress
- ☐ 4. Fadiga
- ☐ 5. Outras condições que influenciam o orgasmo

6. Acha que recebe quantidade adequada de estimulação sexual nas ocasiões em que sente dificuldades em atingir o orgasmo durante a actividade sexual com um parceiro? (sim / não)

7. Considera que está subjectivamente excitado quando apresenta esta dificuldade? (sim / não)

8. Atinge o orgasmo? (sim / não)

9. De que forma têm estas dificuldades afectado a sua vida (ex: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco / algum / muito) \_\_\_\_\_

10. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco / algum / muito) \* \_\_\_\_\_

\* Perturbação do Orgasmo no Homem CL \_\_\_\_ (0-8)  
Critério A: Atraso ou ausência de orgasmo após uma fase de excitação normal \_\_\_\_ (0-8)  
Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal \_\_\_\_ (0-8)  
Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim \_\_\_\_



## **VI. DISPAREUNIA\***

1. Alguma vez sentiu dor associada à actividade sexual? (sim / não)

*Caso a resposta seja negativa passar á secção seguinte*

2. Essa dor ocorre antes, durante ou após a actividade sexual? (antes / durante / após)

Descreva o problema:

---

---

3. Há quanto tempo começou este problema? \_\_\_\_\_ meses

4. Em que situações ocorre essa dor? (marcar todas as que se verificam)

- ☐ 1. Penetração do pénis
- ☐ 2. Qualquer contacto físico com um parceiro sexual
- ☐ 3. Auto-estimulação
- ☐ 4. Outras \_\_\_\_\_

5. Avalie se a dor é devida a: (marcar todas as que se verificam)

- ☐ 1. Falta de lubrificação / substituto (vaselina)
- ☐ 2. Duração do coito
- ☐ 3. Forma de controlo de natalidade
- ☐ 4. Actividade sexual excessivamente dura / violenta
- ☐ 5. Utilização de objectos

6. Como se sente durante a actividade sexual imediatamente antes da dor ocorrer?

---

7. Que pensamentos lhe passam pela cabeça imediatamente antes da dor ocorrer?

---

---

8. De que forma tem este problema afectado a sua vida (ex: relacionamento com parceiro, satisfação pela actividade sexual)? (pouco / algum / muito)

---

9. Qual o seu grau de desconforto com a situação? (pouco / algum / muito)

---

---

Dispareunia	CL ____ (0-8)
Critério A: Persistente ou recorrente dor genital durante a actividade sexual	____ (0-8)
Critério B: Mal estar ou dificuldade interpessoal	____ (0-8)
Critério C: Pode a dificuldade sexual ser melhor explicada por outra perturbação do Eixo I? Não Sim	____

## EXPERIÊNCIAS SEXUAIS NÃO DESEJADAS

1. Alguma vez teve uma experiência sexual não desejada? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
2. Qual foi a sua resposta emocional enquanto o acontecimento estava a ocorrer?
  - ☐ 1. muito negativa
  - ☐ 2. moderadamente negativa
  - ☐ 3. indiferente
  - ☐ 4. positiva
  - ☐ 5. muito positiva
3. Actualmente, qual é a sua resposta emocional quando pensa acerca do acontecimento?
  - ☐ 1. muito negativa
  - ☐ 2. moderadamente negativa
  - ☐ 3. indiferente
  - ☐ 4. positiva
  - ☐ 5. muito positiva
4. Actualmente, tem sido incomodado com situações como, pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal estar quando ouve ou vê algo que o faz lembrar o acontecimento?  
\_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

## ORIENTAÇÃO SEXUAL

1. Parceiro sexual actual (indique tudo o que se aplique)
  - ☐ 1. Nenhum
  - ☐ 2. Namorada
  - ☐ 3. Namorado
  - ☐ 4. Mulher
  - ☐ 5. Múltiplos parceiros femininos
  - ☐ 6. Múltiplos parceiros masculinos
2. Como definiria a sua orientação ou preferência sexual?
  - \_\_\_\_ 1. Exclusivamente heterossexual
  - \_\_\_\_ 2. Predominantemente heterossexual
  - \_\_\_\_ 3. Igualmente heterossexual e homossexual
  - \_\_\_\_ 4. Predominantemente homossexual
  - \_\_\_\_ 5. Exclusivamente homossexual

# DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR

## DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Diagnóstico Principal			
<b>Perturbação do desejo</b> <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<b>Perturbação da excitação</b> <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<b>Perturbação do orgasmo</b> <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<b>Perturbação de dor</b> <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 1			
<b>Perturbação do desejo</b> <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<b>Perturbação da excitação</b> <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<b>Perturbação do orgasmo</b> <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<b>Perturbação de dor</b> <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 2			
<b>Perturbação do desejo</b> <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<b>Perturbação da excitação</b> <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<b>Perturbação do orgasmo</b> <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<b>Perturbação de dor</b> <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 3			
<b>Perturbação do desejo</b> <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<b>Perturbação da excitação</b> <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<b>Perturbação do orgasmo</b> <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<b>Perturbação de dor</b> <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

Diagnóstico Secundário 4			
<b>Perturbação do desejo</b> <input type="checkbox"/> Desejo sexual hipoactivo <input type="checkbox"/> Aversão sexual	<b>Perturbação da excitação</b> <input type="checkbox"/> Disfunção erétil	<b>Perturbação do orgasmo</b> <input type="checkbox"/> Perturbação do orgasmo <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura	<b>Perturbação de dor</b> <input type="checkbox"/> Dispareunia
<input type="checkbox"/> Primária	<input type="checkbox"/> Secundária	<input type="checkbox"/> Generalizada	<input type="checkbox"/> Situacional
<input type="checkbox"/> Factores Psicológicos	<input type="checkbox"/> Factores Combinados	<input type="checkbox"/> Factores Orgânicos	

## OUTROS DIAGNÓSTICOS

EIXO I \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EIXO II: \_\_\_\_\_

EIXO III: \_\_\_\_\_

EIXO IV: \_\_\_\_\_ (agudo) \_\_\_\_\_ (crónico)

EIXO V: \_\_\_\_\_ (actual) \_\_\_\_\_ (ano passado)

